



HOITAJIEN KOKEMUKSIA LAADUSTA AKUUTIN PSYKOOSIN TEHOSTETUSSA KOTIHOIDOSSA

Janne Joentakanen

Opinnäytetyö

Toukokuu 2009

Sosiaali- ja terveysala



Tekijä(t) <div>Janne Joentakanen</div>	Julkaisun laji Opinnäytetyö	
	Sivumäärä	Julkaisun kieli Suomi
	Luottamuksellisuus <input type="checkbox"/> Salainen _____ saakka	
Työn nimi Hoitajien kokemuksia laadusta akuutin psykoosin tehostetussa kotihoidossa		
Koulutusohjelma Hoitotyö		
Työn ohjaaja(t) Carita Kuhanen		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata akuutin psykoosin tehostettua kotihoitoa psykiatrisen avohoidon työmuotona ja selvittää, mikä hoitajille merkitsee laatua uudessa työmuodossa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää työryhmän kehittämistyössä. Kyseessä on laadullinen tutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin syksyllä 2008 järjestämällä teemahaastattelu kuudelle Jyväskylän alueen psykoosin tehostetun kotihoidon hoitajalle. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.</p> <p>Psykoosin tehostetun kotihoidon tehtävänä on avustaa ja tukea kotona pärjäämisessä, avohoitoon kiinnittymisessä tai sairaalasta kotiutumisessa. Tavoitteena on akuutin psykoottisen oireilun lieveneminen tai psykoosirelapsin ehkäisy niin, että potilas selviää jatkossa arkipäivän toiminnoistaan ja elämästään muiden psykiatrisen avohoidon palveluiden tuella. Työ tapahtuu pääosin asiakkaan kotiin tehtävillä keskustelukäynneillä. Palvelua tarjotaan arkipäivisin virka-aikaan. Hoidon on tarkoitus olla lyhytaikaista, kestoltaan 1-3 kk.</p> <p>Tulosten mukaan psykoosin tehostetun kotihoidon laatu koostuu kotihoidosta, työskentelyn periaatteista ja henkilöstöstä. Hoitajat ajattelivat kotiin tarjottavan hoidon itsessään olevan laatua. Koti on turvalliseksi koettu paikka. Ihmiset ovat kotona luontevasti omana itsenään ja pystyvät keskittymään ongelmaansa ja asioista puhumiseen. Kotikäyntiin varattu aika käytetään näin hyödyksi. Hoitajat oppivat tuntemaan asiakkaat hyvin ja kotiympäristön näkeminen auttaa muodostamaan kokonaiskuvaa tilanteesta. Kotikäynnillä toimitaan asiakkaan ehdoilla. Hoito on vapaaehtoista ja toteutetaan yhteistyössä asiakkaan kanssa. Työmuodon koettiin vahvistavan asiakkaan omaa toimijuutta ja päätösvaltaa. Hoitajat ajattelivat olevansa tasa-arvoisempia asiakkaiden kanssa verrattuna sairaalahoitoon. Psykoosin tehostetussa kotihoidossa laatua on hoidon tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus. Asiakkaille pystytään tarjoamaan yksilöllistä ja tarpeenmukaista palvelua. Hoitajat kokivat kotiympäristössä hoitamisen helpottavan omaisten ja lähiverkoston ottamista mukaan hoitoon. Kotona annettavasta psykoedukaatiosta tulee havainnollisempaa ja henkilökohtaisempaa. Hoidossa on paljon yhteistyötahoja. Työryhmän liikkuvuuden koettiin helpottavan verkostotyötä. Jatkohoito pyritään varmistamaan aina saattamalla asiakas avohoidon yksikköön. Henkilöstön osalta laatua psykoosin tehostetussa kotihoidossa merkitsee koulutus ja asiantuntijuus sekä hoitajien yrittäjämäinen suhtautuminen työhön. Jatkotutkimushaasteena olisi psykoosin kotihoidon laadun kartoittaminen asiakasnäkökulmasta.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Psykiatria, Psykoosi, Kotihoito, Avohoito, Hoitotyö, Laatu, Kokemukset		
Muut tiedot		

Author(s) Janne Joentakanen	Type of Publication Bachelor's Thesis	
	Pages 42 + 2	Language Finnish
	Confidential <input type="checkbox"/> Until _____	
Title Quality of care in intensive home treatment for psychosis – nurse's point of view		
Degree Programme Nursing		
Tutor(s) Carita Kuhanen		
Assigned by		
Abstract <p>The purpose of the bachelor's thesis was to describe intensive home treatment for psychosis as a new form of psychiatric outpatient care and more closely to study quality of care from the nurse's point of view. The aim was to increase knowledge about service based in Jyväskylä, Central Finland on year 2007 and to be involved in developing quality of care and work of the home treatment team. The data of this qualitative study consists of six theme interviews with nurses. The data were analyzed by using inductive content analysis.</p> <p>According to nurses the function of the intensive home treatment for psychosis is to help and support patient recovery in home, commitment to outpatient care and adaptation after being hospitalized. The goal is to relieve acute symptoms of psychotic disorder or prevent psychotic relapse so that person can cope with support of other proper outpatient services. The care is based on therapeutic conversations taking place usually in patient's home. The intensive home treatment for psychosis operate office hours from Monday to Friday and team is supposed to offer short-term care up to three months.</p> <p>Based on the results of the analysis quality of intensive home treatment for psychosis consists of care offered to home, principles of care and personnel. Nurses considered care offered to home being quality itself. In home patients often feel safe and relaxed so they are able to focus on discussion of the matter. Patient benefits when the time reserved for session is utilized. Seeing home environment help nurses to create more complete view of patient situation. Home treatment is voluntary and the care is given in co-operation. Taking the role as a visitor nurses are compelled to respect terms of patient, hence patients authority is strengthen. Nurses feel themselves more equal with patients compared to hospital setting. Structure and efficient planning bring quality to care. Service is always need-based reflecting high level of individuality. According to nurses experiences home environment facilitates family-centered care and considering patients social network. Team mobility makes easier to meet care associates. Psychoeducation implemented in home becomes more individual and coherent. The continuity of care is ensured by accompanying patient to proper outpatient care. For personnel quality means education, expertise and entrepreneurial approach to one's own work. A follow-up research could include study about patient's experiences of quality of care in intensive home treatment for psychosis.</p>		
Keywords Psychiatric nursing, Psychosis, Intensive home treatment, Psychiatric outpatient care, Quality of care, Experiences.		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS.....	3
2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	4
2.1. PSYKOOSIN TEHOSTETTU KOTIHOITO	4
2.2 PSYKOOSIN TEHOSTETUN KOTIHOIDON KEHITYMINEN.....	5
2.3 PSYKOOSIN TEHOSTETTUUN KOTIHOITON LIITTYVÄ TUTKIMUS.....	6
2.4 HOITOTYÖ PSYKOOSIN TEHOSTETUSSA KOTIHOIDOSSA.....	10
2.5 LAADUNHALLINTA JA LAADUN KEHITTÄMINEN.....	11
2.6 LAATU KÄSITTEENÄ	12
2.7 LAATU PSYKIATRISSESSA HOIDOSSA.....	13
3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	15
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	16
4.1 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	16
4.2 TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄ JA AINEISTON HANKINTA	17
4.3 AINEISTON ANALYYSI	17
5 TUTKIMUKSEN TULOKSET	19
5.1 HOITAJIEN TYÖN SISÄLTÖ JA PERUSTEHTÄVÄ AKUUTIN PSYKOOSIN TEHOSTETUSSA KOTIHOIDOSSA.....	19
5.2 HOITAJIEN KOKEMUKSIA LAADUSTA PSYKOOSIN TEHOSTETUSSA KOTIHOIDOSSA ..20	
5.2.1 Kotihoito.....	20
5.2.2 Työskentelyn periaatteet.....	23
5.2.3 Henkilöstö	29
5.3 PSYKOOSIN TEHOSTETUN KOTIHOIDON KEHITTÄMINEN.....	31
6 POHDINTA	32
6.1 TULOSTEN TARKASTELUA	32
6.2 TUTKIMUKSEN EETTISET NÄKÖKULMAT	37
6.3 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS.....	38
LÄHTEET.....	41
LIITTEET.....	44
LIITE 1 HAASTATTELURUNKO: HOITAJIEN KOKEMUKSIA LAADUSTA AKUUTIN PSYKOOSIN TEHOSTETUSSA KOTIHOIDOSSA	44
LIITE 2 ESIMERKKI AINEISTON LUOKITTELUSTA.....	45

KUVIOT

KUVIO 1 KOTIHOITO	20
KUVIO 2 TYÖSKENTELYN PERIAATTEET.....	24
KUVIO 3 HENKILÖSTÖ	29

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Psykiatrian alalla on tapahtunut erityisen voimakas palvelurakenteen muutos. Sairaala-keskeisen hoidon purkaminen käynnistyi suunnitelmallisesti ja avohoitoa kehittäen 1980-luvun alussa koko maassa, ja prosessi kiihtyi taloudellisen lamakauden aikana osana julkisten palvelujen rakenneuudistusta. 1990-luvulla avohoidon kehittäminen pysähtyi ja sairaalahoitoa korvaavat avohoitotoimet jäivät toteuttamatta. Parinkymmenen vuoden aikana psykiatriset sairaansijat ovat vähentyneet maassamme 20 000 sairaansijasta noin 5000 sairaansijaan. (Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelma 2007; STM 2003.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Mielekäs elämä – hankkeen julkaisussa (STM 2000: 4) todettiin tarve monipuolistaa avopalveluja. Vuonna 2001 julkaistiin Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2000–2003 (TATO) mukainen mielenterveyspalveluiden laatusuositus, jonka lähtökohtana oli käsitys mielenterveysongelmien kehittymisen prosessiluonteesta. Suosituksen mukaan mielenterveystyön resursseja ja osaamista tulisi suunnata elämisen ja selviytymisen voimavarojen vahvistamiseen, ongelmien ehkäisyyn, psykososiaalisten ongelmien selvittelyyn ja niissä tukemiseen, mielenterveyshäiriöiden varhaiseen tunnistamiseen ja tehokkaaseen hoitoon sekä monipuoliseen kuntoutukseen. Kunnille suositettiin mielenterveystyön kokonaisohjelman laatimista. (STM 2001: 9)

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä laatusuositusta noudatettiin käynnistämällä keväällä 2005 hanke, jonka tehtäväksi tuli yhteistyössä alueen kuntien, terveyskeskusten, psykiatrian avohoitoyksiköiden ja psykiatristen sairaaloiden kanssa valmistella Keski-Suomen aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelma eli Keski-Suomen aikuispsykiatrian tavoitemalli vuoteen 2010. Vuonna 2007 julkaistussa suunnitelmassa kuvataan hoidon tavoitteet, periaatteet, keskeiset toimintatavat, hoitoyksiköiden välinen työnjako ja yhteistyö. Lisäksi kuvataan hoidon rakenteet ja voimavarat, joiden avulla maakunnan psykiatrinen hoitojärjestelmä toimii potilaskeskeisesti, porrastetusti ja taloudellisesti tarkoituksenmukaisella tavalla.

Kasvava rooli psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoidon palveluissa on huhtikuussa 2007 aloitetulla akuutin psykoosin tehostetulla kotihoidolla (TEHKO). Projektin pilottivaiheen jälkeen syksystä 2007 saakka tehostetussa kotihoidossa on työskennellyt 15–17 henkilöä jakautuen Jyväskylän seudulle, Pohjoiseen Keski-Suomeen ja Etelä-läntiseen Keski-Suomeen. Tehostetun kotihoidon tavoitteena on akuutin psykoottisen oireilun lieveneminen tai psykoosirelapsin ehkäisy. Mahdollisesti kotihoidolla ehkäistään sairaalahoidon tarve. Kyseessä on juuri sen kaltainen avopalvelun järjestäminen ja tehostaminen, jota sosiaali- ja terveysministeriön asettama Mieli 2009 – työryhmä ehdottaa kehitettäväksi loppuraportissaan (STM 2009: 3).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia laadusta akuutin psykoosin tehostetussa kotihoidossa. Psykoosin tehostettu kotihoito on uusi psykiatrisen avohoidon muoto Keski-Suomessa, eikä sen toimintaa ole aikaisemmin tutkittu. Tutkimus lisää osaltaan tietoisuutta hoitomallista, joka koettiin työryhmässä tärkeänä toiminnan vakiinnuttamiseksi ja vahvistamiseksi. Tarve selvittää hoitajien ajatuksia laadusta syntyi uuden työryhmän halusta kehittää työtään hahmottamalla työn laatuksiteereitä. Opinnäytetyötä voidaan käyttää yhtenä lähtökohtana ryhmän laatu työlle. Myös psykiatrisen hoidon laatua tai yleisesti laatua henkilöstön näkökulmasta on tutkittu vähän.

2 TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1. PSYKOOSIN TEHOSTETTU KOTIHOITO

Kirjallisuudessa puhutaan vaihtelevasti liikkuvista työryhmistä, kriisiryhmistä, jalkautuvista ja tavoittavista (outreach) – ryhmistä sekä psykiatrisesta kotihoidosta. Yhdenmukaisen terminologian puuttuminen tekee kehitettyjen työmuotojen vertailemisen vaikeaksi. On olennaista kuvata mitä kyseisessä palvelumuodossa tuotetaan, missä ja milloin se tehdään, kuinka pitkään ja kenelle palvelu on tarkoitettu. (Heath 2005, 22.)

Heath (2005) määrittelee liikkuvan kriisin kotihoidon (Mobile Crisis Home Treatment, MCHT) vaihtoehtoiseksi palveluksi vakavasta mielenterveyden häiriöstä kärsiville henki-

löille, jotka muutoin tarvitsisivat sairaalahoitoa. Palvelu perustuu lyhytaikaiseen kotikäynnein toteutettavaan hoitoon ja hoitohenkilökunta on tavoitettavissa päivystyksellisesti ympäri vuorokauden kaikkina viikonpäivinä.

Brimblecomben (2001) määritelmässä tehostettuun kotihoitoon (Intensive Home Treatment, IHT) lukeutuvat palvelut, jotka ovat saatavilla tavallista virka-aikaa pidempään, järjestävät nopeaa hoidonarviota henkilöille, jotka potentiaalisesti tarvitsisivat psykiatrista sairaalahoitoa sekä tarjoavat mahdollisuuksien mukaan kotihoitoa vaihtoehtona sairaalahoidolle. Hoito tapahtuu yleensä suhteellisen tiheään tehtyjen kotikäyntien muodossa.

Keski-Suomeen kehitetyllä akuutin psykoosin tehostetulla kotihoitoryhmällä (TEHKO) on yhteisiä piirteitä edellä esitettyjen määritelmien kanssa. Keski-Suomessa pääasiassa hoitajavetoiset tiimit tarjoavat tukea psykoosioireista kärsiville asiakkaille virka-aikaan. Hoito tapahtuu kotiin tehtävillä keskustelukäynneillä. Psykoosin hoitoon erikoistunut työryhmä on olemassa Heathin ja Brimblecomben malleja vastaavan liikkuvan psykiatrisen päivystystiimin (PSYPÄ) lisäksi.

Aikuispsykiatrian kokonaissuunnitelmassa TEHKO:n työtä määritellään tavoitteiden kautta. Suunnitelman mukaan tavoitteena on akuutin psykoottisen oireilun lieveneminen tai psykoosirelapsin ehkäisy niin, että potilas selviää jatkossa arkipäivän toiminnoistaan ja elämästään muiden psykiatrisen avohoidon palveluiden tuella. Toiminnan keskeisenä tavoitteena on tukea potilasta niin, että hänen elämäntilanteensa, normaalit sosiaaliset sitteensä ja asumistaidot säilyvät. Mahdollisuuksien mukaan tehostetulla kotihoidolla ehkäistään sairaalahoidon tarve.

2.2 PSYKOOSIN TEHOSTETUN KOTIHOIDON KEHITTYMINEN

Laajasti tarkasteltuna on epäselvää, miksi laitoskeskeisestä hoidosta on siirrytty avohoitopainotteisuuteen. Muutokseen psykiatrian alueella on varmuudella vaikuttanut antipsykoottisen lääkityksen kehittyminen ja saatavuus. Myös psykologisen ymmärryksen, behavioraalisen ja psykodynaamisen, lisääntyminen on osaltaan vaikuttanut siihen, ettei psy-

kiatrasta hoitoa ollut enää mielekästä toteuttaa suurissa laitoksissa. Kiistanalaisesti psykiatrian historiaa voidaan tulkita myös yrityksinä säilyttää hoito sairaala-asetelmassa. Sairaalaelämän vahingollisuutta kuvannut kirjallisuus on muuttanut yleistä mielipidettä laitoshoidon vastaiseksi, samalla kun tieto psyykkisistä häiriöistä on lisännyt suvaitsevaisuutta mielenterveysongelmaisista kohtaan. Asiakasnäkökulman kartoittaminen psykiatriassa ja yleisesti potilaiden äänen tuleminen kuuluville on puoltanut avohoidon ensisijaisuutta. (Brimblecombe 2001, 9.)

Edellä mainittujen tekijöiden vaikutuksesta Brimblecombe kuvaa kehityksen Iso-Britanniassa vieneen kohti avohoitopainotteisuutta. Tuli mahdolliseksi perustaa avohoidon palveluita, jotka eivät enää perustuneet tai tukeutuneet sairaalakeskeiseen hoitoon. Alan pioneerit ja kokeiluina syntyneet palvelut tuottivat tutkimustietoa, joka johti nykyisten tehostettujen kotihoitoryhmien perustamiseen. Edeltäjät olivat usein kriisin hoitomallin filosofian omaksuneita palveluita, jotka tuottivat psykiatrisissa hätätilanteissa lyhytaikaisia, tiiviitä interventioita ja tavoitteena oli sairaalahoidon estäminen. Toisten palveluiden tarkoituksena oli vähentää sairaalahoidosta koituvia lisähaittoja järjestämällä hoitoa kotiin. (Brimblecombe 2001, 14.)

2.3 PSYKOOSIN TEHOSTETTUUN KOTIHOITOON LIITTYVÄ TUTKIMUS

Suomessa tehostetun psykiatrisen hoidon edeltäjiä olivat Turusta alkaneet psykoosityöryhmät. Länsi-Pohjan sairaanhoitopiiri on ollut edelläkävijä avohoidon ja kotona tapahtuvan työskentelyn sekä avoimen dialogin hoitomalliksi kutsutun työtavan kehittämisessä. Teoreettista pohjaa Keski-Suomen psykiatrisille avohoidon palveluille on haettu erityisesti Englannin Birminghamista, jonka kotihoitoryhmän toimintaa on tässä luvussa selitetty yksityiskohtaisesti.

Psykoosityöryhmät

1980-luvulla toteutettiin Suomessa kansallinen skitsofreniaprojekti, jonka suositusten perusteella kehitettiin psykoosin tarpeenmukaista hoitomallia. Erityisen merkittävää mal-

lissa oli ajatus erilaisten hoitomenetelmien, kuten yksilö- ja perheterapian, sairaalahoidon ja avohoidon integraatiosta. Mallissa oli keskeinen osuus varhaisilla perheinterventioilla ja hoitokokouksilla. Tämän mahdollistamiseksi suositeltiin erityisten psykoosityöryhmien perustamista jokaiseen psykiatriseen yksikköön. (Haarakangas & Seikkula 1999, 7-8.)

Psykoosityöryhmän toiminnalle asetettiin tavoitteeksi, että ryhmä pystyy viivytyksettä ottamaan alkuselvittelyyn ja lyhytaikaiseen hoitoon alueen kaikki akuutit skitsofrenia- ja muut psykoositapaukset. Lisäksi työryhmän piti voida osallistua riittävästi potilaan hoidon suunnitteluun ja seurantaan myöhemmässäkin hoidon vaiheessa. Ryhmässä tuli olla riittävät tiedot ja taidot skitsofrenian biolääketieteellisistä, yksilöpsykologisista, vuorovaikutuspsykologisista ja sosiaalisista hoitomuodoista. (Aaltonen 1999, 150.)

Länsi-Pohja

Länsi-Pohjan alueella psykoosityöryhmän kehitys johti akuutin psykoosin integroitu hoito (API) – projektin (1992) myötä tapauskohtaisten työryhmien periaatteen syntymiseen. Tämä tarkoittaa, että jokaiselle uudelle kriisitapaukselle perustettiin oma, räätälöity työryhmänsä. Moniammatilliseen ryhmään voivat osallistua kaikki alueen psykiatriset työntekijät yhteistyössä muiden tahojen, kuten sosiaalitoimen, kotisairaanhoidon, lastenpsykiatrian jne. kanssa. (Aaltonen 1999, 150. Seikkula – Alakare 1999, 110.)

Usein hoito tapahtuu potilaan kotona pidettävissä hoitokokouksissa. Toiminnan sisällöissä on kiinnitetty erityistä huomiota perhe- ja verkostokeskeisyyden toteuttamiseen. Hoidossa pyritään alusta alkaen ottamaan huomioon psykoosi- ja kriisipotilaiden sosiaalisen lähiympäristön erityispiirteet. Näitä periaatteita toteuttamalla jopa 40 prosenttia sairaalaan ohjatuista potilaista on voitu hoitaa ilman sairaalahoidtoa, kun hoitoa on sairaalan poliklinikalla intensiivisesti tehostettu perhe- ja avohoitokeskeiseksi. (Aaltonen 1999, 151.)

Merkittävää Länsi-Pohjassa on ollut avoimen dialogin hoitomallin kehittäminen. Ohjaavana ajatuksena on, että hoidon alusta alkaen kaikki siihen liittyvät tekijät pohditaan avoimesti potilaan, hänen perheensä, muiden tärkeiden ihmisten sekä muiden auttajatahojen mukana ollen. Kriisin analyysi, potilaan ongelmien ja oireiden määrittely sekä hoidon suunnittelu tapahtuu potilaan sosiaalisen verkoston kuullen ja tietysti näiden ihmisten aktiivisella myötävaikutuksella. (Seikkula – Alakare 1999, 110.)

Birmingham

Liikkuva kriisin kotihoito (Mobile Crisis Home Treatment) ja sen kaltaiset hoitomallit ovat olleet kohteena ainakin neljässätoista vertailututkimuksessa, joita on suoritettu viidessä maassa ja neljässä eri maanosassa. Yhtä lukuun ottamatta kaikki tutkimukset ovat todenneet hoitomuodon vähentävän sairaalahoitoja, olevan kustannuksiltaan edullisempaa ja vähintäänkin yhtä vaikuttavaa kuin sairaalahoito. Lisäksi kotihoitoa pidetään ensisijaisena hoitovaihtoehtona. (Heath 2005, 3.)

Vuonna 2002 Birminghamissa toimi kuusi liikkuvaa kriisin kotihoitoryhmää väestöpohjaltaan 600 000 asukkaan kokoisella alueella. Ladywoodin työryhmä oli tuolloin ainoa, joka palveli ympäri vuorokauden. Kotihoitoon siirryttiin alueella, kun kaupunkilaiset vaativat sulkemaan sairaalan, jonka koettiin palvelevan huonosti asukkaiden tarpeita. (Heath 2005, 108.)

Ladywoodin työryhmän henkilökunta koostui hoitotyöhön osallistuvasta johtavasta hoitajasta, seitsemästä sairaanhoitajasta, kuudesta hoitoapulaisesta, sosiaalityöntekijästä ja toimistosihteeristä, jotka pitivät konttoriaan vanhassa tehtaassa. Asiakasryhmään luettiin kuuluvaksi 16–65 vuotiaat henkilöt, jotka kärsivät siten vakavasta psyykkisestä häiriöstä, että olisivat potentiaalisesti sairaalahoidon tarpeessa. Ensisijainen kohderyhmä oli psykoosisairaudesta, akuutista tai kroonisesta kärsivät sekä vaikeasti masentuneet henkilöt. Noin 60 prosentilla asiakkaista oli vakava psyykkinen sairaus. Palvelu ei varsinaisesti ollut tarkoitettu ahdistushäiriöstä kärsiville, aivo-orgaanikoille, dementiaa sairastaville, oppimisvaikeuksista tai lähisuhdeväkivallasta kärsiville, huume- tai parisuhdeongelmallisille eikä henkilöille, joiden ensisijainen diagnoosi on persoonallisuushäiriö. Jokaisen palvelun piiriin tulevan henkilön tilanne arvioitiin kuitenkin tapauskohtaisesti. (Heath 2005, 109.)

Asiakkaat tulivat hoidonarvioon tahoilta, jotka toiminnassaan kohtasivat psyykkisesti sairaita. Näihin kuuluivat sairaalat, ensiapu, yksityislääkärit, poliisi ja päivystävä sosiaalityön ryhmä sekä psykiatrinen tavoittava ryhmä. Asiakkaat eivät tulleet suoraan perusterveydenhuollosta, lukuun ottamatta henkilöitä, joilla oli aiempi hoitokontakti liikkuvaan kriisin kotihoitoon. Arkisin virka-aikaan kaikesta potilastarjonnasta vastasi perustervey-

denhuollon mielenterveystiimi, joka arvioi selviääkö se kriisin hoidosta. Päivystysaikaan yhteydenotot tulivat sairaalan vaihteen kautta suoraan kotihoidon ryhmään ja työryhmän tavoitteena oli reagoida yhteydenottoon tunnin kuluessa. Kotihoidon ryhmä toimi porttina sairaalaan vastaten yksin sairaalan potilastarjonnasta. Mielenterveystiimien ulkopuolelta lähetetyistä potilaista vain 30–40 prosenttia päätyi sairaalahoitoon. (Heath 2005, 109.)

Hoidonarvio pyrittiin tekemään aina ihmisten kotona, jossa lähes kaikki liikkuvan kriisin kotihoidon kontaktit tapahtuvat. Arvioinnissa keskitytään ajankohtaiseen ongelmaan, joka ilmeni useimmiten henkilön käyttäytymisessä. Henkilön sosiaalinen turvaverkko ja vaarallisuus sekä käytöshäiriön vakavuus määrittää olennaisesti, voidaanko häntä hoitaa kotiin. Jos kotihoitoon ei ollut edellytyksiä, tiimillä oli käytettävissään sairaalan kriisipaikat ja viisipaikkainen väliaikaissuoja. Mahdollisuuksina oli myös asiakkaiden sijoittaminen väliaikaismajoitukseen. Lääkitystä jaettiin tarpeen mukaan 2–3 kertaa päivässä. Lääkäri tapasi kaikki uudet asiakkaat seuraavana arkipäivänä ja heidän somaattinen terveydentilansa varmistettiin terveystarkastuksella ja laboratoriokokeilla. (Heath 2005, 110.)

Työryhmän hoitamien asiakkaiden määrä vaihteli, sen ollen korkeimmillaan 60. Birminghamin kuudelle kotihoitoryhmälle tuli yhteensä 250 lähetettä kuukausittain, joista asiakkaiksi valikoitui noin puolet. Keskimääräinen hoitoaika oli 3–4 viikkoa. Laajimman asiakasryhmän muodostivat akuutisti sairastavat, jotka tarvitsivat noin kolmen viikon hoitoa. Osa kriiseistä helpottui muutamassa vuorokaudessa, kun taas pitkäaikaisimpia asiakkaita hoidettiin kuusi kuukautta. Sairaalaan päädytään kirjoittamaan 15–20 prosenttia hoidettavista. Kotihoidon kohdalle oli sattunut kolme itsemurhatapausta kymmenen vuoden aikana, mikä on vähemmän kuin sairaalassa hoidettujen joukossa. Suurin sairaalaan päätyminen riski oli maanisesti oireilevilla, jotka levottomuutensa ja vilkkautensa vuoksi tarvitsevat rajoittamista. (Heath 2005, 110–111.)

Birminghamin mallissa olennaista on, että psykiatrinen kotihoito on osa integroitua palvelukokonaisuutta ja että sairaalan lisäksi sillä on yhteydet kotona tapahtuvaan psykososiaaliseen kuntoutukseen tarjoavaan palveluun ja tuettuihin asumispalveluihin. Lisäksi psykiatrinen kotihoito toimii yhteistyössä tavoittavan työryhmän, kodittomien palvelun, varhaisen tunnistamisen ryhmän sekä alkoholi- ja huumevieroitusyksikön kanssa. Perheille voitiin myöntää apurahaa, jos he huolehtivat potilaasta. (Heath 2005, 111.)

2.4 HOITOTYÖ PSYKOOSIN TEHOSTETUSSA KOTIHOIDOSSA

Tutkimuksen lähtökohtana on, että kotihoidossa tehtävä psykiatrinen hoitotyö ei aiheisisäl-
löiltä, auttamismenetelmiltä tai hoitosuhteen ilmiöiltä eroa sairaalaympäristössä annetta-
vasta hoidosta. Seuraavassa määritellään psykiatrinen hoitotyö ja tarkastellaan kotikäyntiä
auttamismuotona.

Psykiatriseen hoitotyöhön kuuluu hoitosuhdetyöskentely, terapiatyö ja erilaiset ryhmä-
toiminnot. Psykiatrisen hoitotyön ammattilaiset ovat hoitotyön asiantuntijoita, jotka mo-
niammatillisissa tiimissä tuovat oman tietämyksensä potilaiden hoitoon. Psykiatrisen hoi-
totyön aluetta ovat potilaan kohtaamiseen, ymmärtämiseen ja kokonaisvaltaiseen hoitami-
seen liittyvät asiat, joissa korostuvat potilaan terveyden ja selviytymisen tukeminen arki-
päivän tilanteissa. Myös potilaan jokapäiväisistä perustarpeista huolehtiminen ja yhteistyö
eri ihmisten, yksiköiden ja organisaatioiden välillä ovat hoitotyöntekijän tehtäviä. (Väli-
mäki – Jokinen 2000, 16–17.)

Aaltonen, Koffert, Ahonen ja Lehtinen (2000) tarkastelevat psykiatrisen hoidon asiantun-
tijuutta posttraditionaalisen sosiologian näkökulmasta ja toteavat, ettei hoito voi rakentua
enää traditioiden ja rituaalien varaan, koska niitä ei enää koeta yhtä olennaiseksi osaksi
tietoa kuin aikaisemmin. Käytännössä tämä merkitsee, että hoito ei ole jäykästi aikaan ja
paikkaan, esimerkiksi sairaalaan tai poliklinikkaan ja sen aikatauluihin sidottua vaan asi-
antuntijuus voi parhaiten toteutua ympäristössä, jossa hoidon rituaalinen valta on vähäi-
simmillään ja potilaan valinnanvapaus suurimmillaan. Tämä tulee esille Akuutin psykoo-
sin integroitu hoito – projektin havainnoissa, joissa korostetaan työskentelyä sosiaalisen
verkoston kanssa ja potilaan kotona tapahtuvaa hoitoa. (Aaltonen ja muut 2000, 85.)

Asiantuntijuus toteutuu kotona tehtävässä työskentelyssä enemmän potilaan ehdoilla: Po-
tilas on tutussa omassa ympäristössä ja työntekijöiden on sovitettava sanansa niin kuin
kylässä olijan on. Aiemmin korostuneen ”potilaan ottamisen mukaan häntä koskevaan
hoidolliseen päätöksentekoon” lisäksi API-projektin myötä tarpeenmukaiseen hoitoon tuli
korostus ”potilas ottaa hoidon asiantuntijan mukaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon”.
(Aaltonen ja muut 2000, 86.) Lähes poikkeuksetta perheet hyväksyvät kotikäynnin ja ovat
ilahtuneita ja helpottuneita tästä mahdollisuudesta. Koti on psykoottisen ihmisen ja hänen

perheenjäsentensä kannalta useimmiten turvallisimmaksi koettu paikka. Kotikäynnillä perheen koko elämäntilanne on työntekijöille havainnollisemmin esillä kuin esimerkiksi mielenterveyskeskuksen terapiahuoneessa. (Haarakangas 1999, 100.)

Virtanen kirjoittaa hoitotieteen tutkimuksessaan psykiatrisen kotikuntoutuksen auttamismenetelmistä ja toteaa, että kotikäynnillä hoitaja pystyi keskittymään hyvin asiakkaaseen, mutta hänen tuli olla hienotunteinen, ammatillinen ja muistaa kotikäynnin erityisluonne. Kuvaavaa oli, että jos asiakas esimerkiksi halusi työntekijän poistuvan, asiasta ei jäätty väittelemään. Virtasen mukaan kotikäynti on prosessi, joka alkaa asiakkaan tarpeesta ja toiveesta. Kotikäynnillä hoitaja käyttää omia auttamismenetelmiään, tieto-taitoa, ammatillisuuttaan ja omaa persoonaa. Lopuksi hän arvioi toimintaa yhdessä asiakkaan kanssa. Hoitajan ja asiakkaan suhde on kiinteä vuorovaikutuksellinen suhde. Hoitaja toi kotikäynnillä hoitosuhteeseen toivoa ja luottamusta. Hoitosuhteella, kotikuntoutuksen kokemuksilla ja hoitajan toivolla koettiin olevan merkitystä kotikuntoutujan elämänlaatuun ja voimaantumiseen. (Virtanen 2005, 30–31.)

2.5 LAADUNHALLINTA JA LAADUN KEHITTÄMINEN

Laadunhallinta määritellään yleiseksi johtamistoiminnan osaksi, jossa määritetään laatu-politiikka ja siitä johdetut laatuavoitteet sekä laatuun liittyvät vastuut ja toteuttamistavat. (Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanasto 1995). Laadunhallinnan tavoitteena on hoitoprosessin tehokas toteuttaminen, potilaan hyvä hoito ja riittävä tiedon antaminen hoitoon liittyvistä asioista (Kansallisen terveysprojektin loppuraportti 2002). Terveys- ja terveydenhuollon laadunvarmistus- ja kehittämistoimintaa on ollut Suomessa jo 1970 – luvulta alkaen, mutta järjestelmällinen laadunhallinta kehittyi 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes on vuodesta 1995 laatinut suosituksia laadunhallinnan järjestämisestä ja sisällöstä. (Kvist 2004, 21.) Aloite psykiatrisen hoidon laadun kartoittamiseksi syntyi 1992, kun sosiaali- ja terveyshallitus asetti VENLA -työryhmän selvittämään mielenterveyspalvelujen kokonaisuuteen liittyvän kuvaus- ja seurantajärjestelmän tarvetta sekä tekemään ehdotuksia psykiatrisen toiminnan laatua, tuloksellisuutta, tehokkuutta ja tarpeentyydytystä kuvaavien mittarien sisällöstä. (Venla-työryhmän loppuraportti 1995.)

Mielenterveyspalvelujen kehittämistä on käsitelty sittemmin Sosiaali- ja terveysministeriön Mielekäs elämä – hankkeen julkaisussa (STM 2000:4). Vuonna 2001 julkaistiin Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman 2000–2003 mukainen mielenterveyspalveluiden laatusuositus.

2.6 LAATU KÄSITTEENÄ

Laatu on yleisesti palvelun sopivuus, hyväksyttävyys, kelvollisuus asiakkaan tarpeisiin ja odotuksiin sekä palvelun virheettömyys ja vakioisuus. Palvelun laatu on useiden piirteiden ja ominaisuuksien kokonaisuus, jotka yhdessä vaikuttavat palvelun mahdollisuuteen tyydyttää ilmaistuja tai sisäistettyjä tarpeita. (Lumijärvi & Jylhäsaari 2000, 50.) Suomen terveydenhuoltoon sovelletuille laadun määritelmille yhteistä on ollut palvelun vastavuus asiakkaan tarpeisiin ja ennalta määriteltäviin, hyvää hoitoa kuvaaviin tavoitteisiin. (Stakes 1995, 11.) Terveydenhuollon laadun määrittelyyn vaikuttaa edelleen Avedis Donabedianin jo 1960-luvulla luoma laadun tarkastelun viitekehys, jonka mukaan hoidon laatua kuvataan rakenne- ja prosessitekijöiden sekä tulosten haluttujen ja toivottujen ominaisuuksien kautta. (Stakes 1995, 9; Kvist 2004, 23.)

Laadun määrittelyssä on huomioitava, mistä näkökulmasta laatua tarkastellaan. Terveydenhuollon palveluja ja hoidon laatua voidaan määritellä ja arvioida ainakin asiakas- ja asiantuntijälähtöisyyden, palveluita tuottavan organisaation, hallinnon, yhteiskunnan tai rahoittajan näkökulmasta. (Stakes 1995, 11; Kvist 2004, 19.) Kvist korostaa, että hoidon laatua määriteltäessä on huomioitava tärkeimpien osapuolien eli potilaiden, henkilöstön, maksajien ja yhteiskunnan näkökulmat, sillä pelkästään yhteen näkökulmaan rajoittuva arviointi on riittämätön ja yksipuolinen (2004, 23).

2.7 LAATU PSYKIATRISSESSA HOIDOSSA

Laatu ymmärretään niistä ominaisuuksista koostuvaksi kokonaisuudeksi, johon perustuu organisaation, tuotteen, palvelun tai tietyn prosessin kyky täyttää sille asetetut vaatimukset ja siihen kohdistuneet odotukset. Psykiatriassa tämä voisi tarkoittaa hoidon sisältöä, jonka avulla saavutetaan myönteinen muutos mielen häiriötilassa. Laatua on myös riittävän hyvä hoito potilaan sitä tarvitessa ja auttaminen parempaan olotilaan. Psykiatrisen hoidon laadun tarkastelua voidaan tehdä juuri Donabedianin rakenne-, prosessi- ja tuloskriteerien pohjalta. (Jääskeläinen & Virtanen 1997.)

Rakenneanalyysillä selvitetään millaisissa olosuhteissa hoito toteutuu. Hoidon laadun arviointia ja mittaamista rakennekriteereillä ovat esimerkiksi väestötutkimukset, tehtävajaon selvittäminen eri terveydenhuollon osa-alueiden välillä sekä taloudellisten että henkilövoimavarojen kartoitus. Prosessianalyysi tarkoittaa toiminnan arviointia. Tutkimusmenetelmänä mainitaan sairauskertomusten analysointi ja tutkimuskohteena hoitosuhde, hoidon tavoiteasettelu ja yhteydet potilaan sosiaaliseen verkostoon. Tärkeimmäksi laadun mittariksi nostetaan tuloksellisuuden arviointi, joka on varsinaista hoidon vaikutuksellisuuden tutkimusta. Eri näkökulmista voidaan tutkia, onko hoito tarkoituksenmukaista, onko sitä riittävästi ja miten se vaikuttaa. Hoidon tehokkuus on myös laadun mittari ja lisäksi laatua arvioitaessa on huomioitava hoidon haittavaikutukset. Tulostutkimuksissa hoidon vaikuttavuus ja tehokkuus tulevat esitetyiksi parempaan suuntaan tapahtuvana muutoksena sairauden eri vaiheissa. Rakennetutkimuksissa tai prosessitutkimuksissa tulokset eivät käy esille, jonka vuoksi tulostutkimusta pidetään varsinaisena laadun arviointina. Hyvän hoidon pyrkimyksestä lähtiessään laatatutkimus on eri tavalla arvosidonnaista kuin tiede yleisessä mielessä. (Jääskeläinen & Virtanen 1997.)

Viimeisen vuosikymmenen aikana psykiatrissa hoitoa ei ole Suomessa tutkittu suoranaisesti laadun näkökulmasta, mutta hyvää mielenterveystyötä sekä arvoja ja arvostuksia psykiatriassa on selvitetty hoitotieteellisessä tutkimuksessa juuri arvoteoreettisesta lähtökohdasta. Syrjäpalon (2006) mukaan potilaiden hoitoon liittyviä tärkeitä arvoja henkilökunnalle olivat ihmisarvon kunnioittaminen, inhimillinen kohtelu, luotettavuus ja hoitoympäristön turvallisuus. Potilaille ihmisarvo sairaudesta huolimatta oli tärkeä arvo, johon liittyi odotusarvot totuus, inhimillisyys, ihmisenä kunnioittaminen, yksityisyys ja vapaus.

Vaikeina asioina potilaat kokivat pakottamisen hoitoon, alistetuksi tulemisen kokemuksen, ympäristöstä johtuvat pelot ja yksityisen tilan puutteen. Kokko (2004) tutki mielenterveystoimiston asiakkaiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä ja tuloksissa toivottiin ammattitaitoisten työntekijöiden auttavan vaikeuksiin joutuneita asiakkaita. Auttamismenetelminä mainittiin keskustelut, lääkehoito ja perheenjäsenille tarjottava tieto mielenterveysongelmista. Tutkimuksen toisen tuloksen mukaan yhteistoiminta muiden samassa elämäntilanteessa olevien kanssa koettiin kuuluvan hyvään mielenterveystyöhön. Työntekijöiden käsityksiä kuvasivat luottamuksellinen hoitosuhde, potilaan kokonaisvaltainen elämäntilanteen järjestäminen sekä hoito-ohjelmien tai terapiamuotojen toteuttaminen.

Psykiatriassa korostuu oma asiantuntijuus, mielipide oireista ja kokemuksellinen maailma. Asiakasnäkökulman huomioon ottaminen ja potilaan mielen ymmärtäminen korostuvat psykiatrisen hoidon laatutekijöinä. Psykiatrisen hoidon tuloksia voidaan nykyisellään mitata arvioimalla psyykkisiä oireita ja elämäntilanteeseen liittyviä osatekijöitä. Oirearvioinnit mittaavat patologisten häiriöiden määrää ja elämäntilannetta koskevat kysymykset ja havainnot antavat yleiskuvan selviytymisestä. Se, miten henkilö hallitsee arkisen elämän, kuvaa hänen selviytymistä oireiden kanssa. Biologisen psykiatrian tulokset ovat lähentäneet psykiatriaa tulosten mitattavuuden suhteen muuhun somaattiseen lääketieteeseen, mutta mielen muutoksen mittaamisessa on vielä monia kysymyksiä. (Jääskeläinen & Virtanen 1997.)

3 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia laadusta akuutin psykoosin tehostetussa kotihoidossa. Psykoosin tehostettu kotihoito on uusi psykiatrisen avohoidon muoto Keski-Suomessa, eikä sen toimintaa ole aikaisemmin tutkittu. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää työryhmän työn kehittämisessä ja lisätä psykoosin kotihoidon tunnettuutta.

Tutkimuksen tehtävänä on:

- 1 Kuvata hoitajien kokemuksia työn sisällöstä ja perustehtävästä.
- 2 Kuvata hoitajien käsityksiä laadukkaasta psykoosin kotihoidosta.
- 3 Kuvata hoitajien esiin tuomia kehittämiskohteita.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Laadullisilla eli kvalitatiivisilla menetelmillä päästään lähemmäksi niitä merkityksiä, joita ihmiset antavat ilmiöille ja tapahtumille. Ne tuovat esille tutkittavien näkökulman ja kuuluviin heidän äänensä. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 28.) Tämä laadullinen tutkimus käsittelee pienen yksittäisen työryhmän toimintaa. Tutkimuksessa oltiin kiinnostuneita hoitajien laadulle antamista merkityksistä, joita selvitettiin kysymällä, minkä hoitajat ajattelevat olevan laatua psykoosin kotihoidossa.

Laadun käsitettä ei määritelty tutkittaville etukäteen. Tarkoituksena on raportoida asioita ja kokemuksia, jotka vastaavat hoitajien käsitystä laadusta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan lähteä liikkeelle ilman ennakoasettamuksia tai määritelmiä. Tutkimuksessa sovelletaan aineistolähtöistä analyysia, joka on tarpeellista varsinkin silloin, kun tarvitaan perustietoa jonkin ilmiön olemuksesta. (Eskola & Suoranta 1998, 19) Tämän tutkimuksen kohde on ilmiönä uusi, joten tutkimuksessa korostuu sen eksploratiivinen eli kartoittava luonne. Kvalitatiivinen tutkimusote myös sallii ja huomioi paremmin tutkijan osallisuuden tutkittavaan ilmiöön. Tutkija ja kohde ovat objektiivisuuteen pyrkimisen sijaan lähtökohtaisesti vuorovaikutuksessa ja ominaista on henkilökohtainen osallistuminen sekä pyrkimys empaattiseen ymmärtämiseen. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 23; Eskola & Suoranta 1998, 16.)

Harkinnanvarainen näyte käsittää kuusi hoitajaa yhdestä työryhmästä. Vastaavia ryhmiä työskentelee Keski-Suomen alueella kolme. Valitun ryhmän hoitajista osalla on eniten kokemusta työmuodosta, mutta tutkittavien valintaan vaikutti myös maantieteellinen läheisyys. Aineisto kostuu hoitajille tehdyistä teemahaastatteluista. Menetelmän valintaan vaikutti tutkimuskohteen tuntemattomuus. Lisäksi voitiin olettaa aiheen tuottavan monitahoisia ja moniin suuntiin viittaavia vastauksia. Vastauksista haluttiin syvempiä, kuin kirjallisesti vastattavat kysymykset oletettavasti olisivat tuottaneet. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35.)

4.2 TUTKIMUKSEN KOHDERYHMÄ JA AINEISTON HANKINTA

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Jyväskylässä toimivan psykoosin tehostetun kotihoidon hoitajat. Työryhmä aloitti toimintansa huhtikuussa 2007 aluksi neljän hoitajan pilottikokeiluna. Syksystä 2007 ryhmä on toiminut kokoonpanolla, johon kuuluu kuusi hoitajaa, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Tämä opinnäytetyö kuuluu hoitotyön alaan, jonka perusteella tutkimuksen harkinnanvarainen otanta kohdistui sairaanhoitajiin ja mielenterveyshoitajiin. Tutkimuksen kohderyhmäksi muodostui kuusi hoitajaa.

Tutkimukseen ja haastatteluihin pyydettiin lupa organisaation johtavalta hoitajalta. Hoitajille lähetettiin sähköpostiviestinä pyyntö tutkimukseen osallistumisesta, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta. Haastatteluun osallistuminen oli täysin vapaaehtoista ja kaikki hoitajat olivat siihen halukkaita. Haastattelut toteutettiin hoitajien työpisteen läheisyydessä heidän työajallaan. Haastattelupaikkana toimivat Kangasvuoren sairaalan hallintorakennuksen neuvotteluhuoneet sekä tehostetun kotihoidon psykologin työhuone.

Aineisto hankittiin puolistrukturoidulla teemahaastattelulla. Menetelmässä ei ole yksityiskohtaisia kysymyksiä, vaan haastattelu kohdennetaan tiettyihin keskeisiin teemoihin, joiden varassa se vapaasti etenee (Hirsjärvi & Hurme 2000, 48). Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja. Haastattelutilanteen alussa ennen nauhoitusta käytiin osallistujien kanssa keskustelu, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja käytiin läpi haastattelurungon teemat (liite 1). Haastateltavia pyydettiin kuvailemaan vapaasti kokemuksiaan psykoosin kotihoidosta. Haastatteluiden kesto vaihteli noin puolesta tunnista vajaaseen tuntiin.

4.3 AINEISTON ANALYYSI

Tutkimusaineiston analysointiin käytettiin sisällönanalyysia. Se on menetelmä, jonka avulla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. Sisällönanalyysissä tietoa aineisto tiivistetään niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan lyhyesti ja yleistävästi kuvailla tai että tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet saadaan selkeinä esille.

Sisällönanalyysi ei ole pelkkä yksinkertaista kuvausta tuottava tekniikka, vaan sen on tarkoitus tuoda esiin aineistossa ilmenevät merkitykset, tarkoitukset ja aikomukset, seuraukset sekä yhteydet. (Latvala & Vanhala-Nuutinen 2001, 23.)

Induktiivisessa sisällönanalyysissä haastattelut luetaan aluksi useaan kertaan kokonaiskuvan muodostamiseksi, jonka jälkeen aineistoa aletaan pelkistää etsimällä siitä tutkimustehtävän mukaisia ilmaisuja. Ilmaisuja luokitellaan erojen ja samankaltaisuuden perusteella yhdistäen samaa tarkoittavat ilmaisut alakategorioiksi. Kategoriat nimetään niiden sisältöä kuvaavasti. Vertaamalla alakategorioita toisiinsa on mahdollista jatkaa abstrahointia muodostaen yläkategorioita. Analyysin lopputuloksena tutkimusaiheesta pystyy esittämään käsitteellisen, kategorisoidun mallin. (Kyngäs & Vanhanen 1999.)

Aineiston käsittely aloitettiin litteroimalla hoitajien haastattelut tekstiksi. Tallennettujen haastatteluiden ajallinen kesto oli yhteensä 4 tuntia ja 16 minuuttia. Kun puheenvuorojen väliin jätettiin välilyönti, tekstiä muodostui 36 sivua rivivälillä 1 ja fonttikoolla 12. Tutki- ja luki haastatteluita lävitse useita kertoja sekä kuunteli niitä vielä varmistaakseen litteroinnin oikeellisuuden.

Analyysiyksiköksi valikoitui tutkimustehtävän mukaisesti laatu. Analyysiprosessin seuraavassa vaiheessa luettiin ja pelkistettiin erityisen huolellisesti kohdat, jossa hoitajat määrittivät, mikä on laatua psykoosin tehostetussa kotihoidossa. Laatua kuvailevat ja määrittävät pelkistetyt ilmaisut koottiin yhteen, jonka jälkeen oli mahdollista yhdistää asiasisällöltään samanlaiset lausumat alakategorioiksi ja yrittää nimetä ne kuvaavasti. Haastateltavien asiantuntijanäkökulmasta johtuen kategorioiksi valikoitui yleisiä hoitotieteessä ja psykiatriassa käytettäviä käsitteitä. (Liite 2.)

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 HOITAJIEN TYÖN SISÄLTÖ JA PERUSTEHTÄVÄ AKUUTIN PSYKOOSIN TEHOSTETUSSA KOTIHOIDOSSA

Hoitajat kuvasivat työtehtäväkseen psykoottisesti oireilevien asiakkaiden kotona tapahtuvan hoidon. Työnä on avustaa ja tukea kotona pärjäämisessä, avohoitoon kiinnittymisessä tai sairaalasta kotiutumisessa. Työ tapahtuu pääasiassa keskustelemalla. Hoito on vapaaehtoista ja työskentelyssä korostuu hoitajan ja asiakkaan yhteistyö. Hoitajat kuvasivat ongelmanasettelun ja hoitomallien valinnan perustuvan yhdessä miettimiseen ja tavoitteena olevan ymmärrys sairaudesta. Oireenhallinnan ja uusiutumisen ehkäisyn kautta asiakkaalla ajateltiin tulevaisuudessa olevan paremmat mahdollisuudet selviytyä. Yleisesti hoitajan tehtävänä ajateltiin olevan asiakkaan edun ajaminen ja parhaan mahdollisen hoidon takaaminen. Perustehtävän määrittelyssä tuli esille työn joustavuus ja vaihtelevuus: kotikäyntien hoidon sisältö riippuu lähetävistä tahoista ja saattaa vaihdella asiakaskohtaisesti. Hoitajat ajattelivat työryhmän paikan olevan kodin ja sairaalan välillä. Lisäksi hoitajat korostivat työtä kuvatessaan olevansa akuuttityöryhmä, jonka tavoitteena on akuuttivalmius ja mahdollisuus nopeaan puuttumiseen.

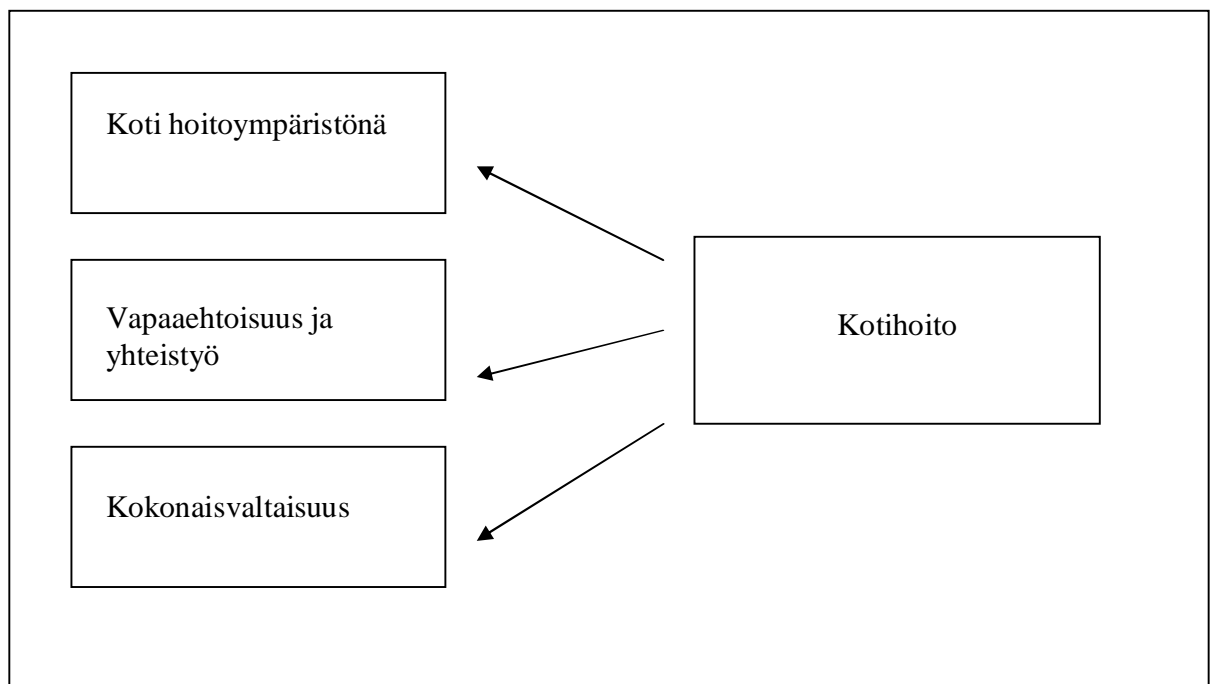
Psykiatrisen hoitotyön ei ajateltu perusteiltaan eroavan sairaalaosastoilla annetusta hoidosta siinä mielessä, että auttamismenetelmät ovat samoja ja hoitosuhteen ilmiöt ovat läsnä kuten sairaalassakin. Hoitajat ajattelivat, että asiakkaan täytyy tulla kuulluksi ja saada toisenlaista kuvaa psykiatrisesta hoidosta verrattuna sairaalahoitoon. Eräs hoitaja totesi psykoosin tehostetun kotihoidon palvelun olevan juuri henkilöille, joille sairaala aiheuttaa huomattavia lisähaittoja. Lisäksi toivottiin, että ensikertaa psykoosiin sairastuvia voitaisiin hoitaa kotiin niin, ettei heidän potilaan uransa käynnistyisikään.

5.2 HOITAJIEN KOKEMUKSIA LAADUSTA PSYKOOSIN TEHOSTETUSSA KOTIHOIDOSSA

Psykoosin tehostetun kotihoidon hoitajien kokemuksia yhdistäväksi kategoriaksi muodostui tutkimustehtävän mukaisesti laatu. Tutkimuksen taustalla on ajatus, että hoitajat tulevat vastauksissaan määritelleeksi, mikä heidän mielestään on laatua psykoosin tehostetussa kotihoidossa. Psykoosin kotihoidon laadun yläkategorioita ovat kotihoito, työskentelyn periaatteet ja henkilöstö.

5.2.1 Kotihoito

Yläkategoria kotihoito muodostuu kolmesta alakategoriasta: koti hoitoympäristönä, vapaaehtoisuus ja yhteistyö sekä kokonaisvaltaisuus. Kuviossa on esitelty yläkategoria kotihoito ja sen alakategoriat.



Kuvio 1 Kotihoito

Koti hoitoympäristönä

Hoitajien mukaan asiakkaat pitävät psykoosin kotihoitoa hyvänä työmuotona, kun totuttavat ensimmäisten käyntien jälkeen siihen, että työntekijät tulevat kotiin, eikä tarvitse itse käyttää aikaa ja voimavaroja lähteäkseen toimipaikkaan. Kaikki hoitajat korostivat asiakkaalla olevaa kotikenttätietoa. Työntekijät tulevat koteihin yhteisellä sopimuksella vieraina ja kotirauhaa kunnioittaen, jolloin asiakkaan luottamus kasvaa nopeasti. Kotihoidon etuna on, että asiakas pystyy keskittymään ongelmaansa ja asioistaan puhumiseen, eikä energia mene ympäristön tarkkailuun ja huomioimiseen. Kotikäyntiin varattu aika käytetään hyödyksi.

Hoitajat kokivat kotikäynneillä olevan pääasiassa myönteinen ilmapiiri. Vastaajat vertasivat tilannetta psykoosiosastoon, jolloin potilaat ovat usein valmiiksi pelokkaita oireilustaan ja kriisistään johtuen, mutta sairaalaympäristö vielä lisää turvattomuutta. Ihmiset ovat kotona luontevammin omana itsenään, kun he eivät ole asetettuna potilaan rooliin. Hoitajien kokemusten mukaan kotiympäristö haastaa myös heitä avoimempaan vuorovaikutukseen, joka tuo siihen epämuodollisuutta. Nämä tekijät lisäävät asiakkaan hoitomyöntyvyyttä.

“Työ tapahtuu asiakkaan kotona ja se tuo jo sinänsä sellaista epämuodollisuutta siihen vuorovaikutukseen, joka taas lisää sitä hoitomyöntyvyyttä. Et jotenkin haastaa työntekijänkin eri tavalla avoimempaan kanssakäymiseen, enkä tarkoita omien asioiden puhumiseen, vaan sellaseen avoimuuteen. Ei voi ammattiroolin taakse verhoutua.”

Koteihin hoitajien työympäristönä ei voida juurikaan vaikuttaa. Yksi laatunäkökulma työhön on henkilöstön fyysinen turvallisuus, mutta hoitajat eivät sitä erityisesti nostaneet esiin. Mainittiin, että työryhmän toiminnan aikana mitään ei ole sattunut. Hoitajien turvallisuutta lisäsi työskentely työpareittain.

Vapaaehtoisuus ja yhteistyö

Hoitajien kokemuksen mukaan laatua psykoosin kotihoitoon tuovat hoidon vapaaehtoisuus ja toteuttaminen yhteistyössä asiakkaan kanssa. Kaikki hoitajat kuvasivat kokemus-

taan hoitotilanteesta roolien tai aseman muuttumisena verrattuna sairaalaosastoon. Auktoriteetin ja vallankäyttäjän sijaan he tunsivat olevansa vierailijoita ja altavastaavia. Hoitomalli vahvistaa asiakkaan oma toimijuutta ja päätösvaltaa. Hoitajat tunsivat olevansa tasa-arvoisempia asiakkaiden kanssa.

”Mikä sairaalaosastoilla usein on vaatteet, nimineulat ja siinä jonkinlaisessa roolissa. Täytyy tässäkin olla omassa roolissa ja hoitaa ammatilliset asiat, mutta kyllä mä ajattelen, että tässä ollaan enemmän potilaan kanssa tasa-arvoisia kuin sairaalaosastolla, jossa joutuu rajottamaan.. jollain lailla sitä joutuu tässäkin tekemään, mutta pitää olla vielä enemmän tasa-arvoisia.”

Vapaaehtoisuus ja perustuminen yhteisiin sopimuksiin tekevät hoitajan työstä haastavaa. Hoitotilanteet edellyttävät keskustelutaitoja ja kykyä perustella. Yleisesti luopuminen pakkotoimenpiteinä tehtävästä hoidosta koettiin myönteisenä sen tuloksellisuuden vuoksi. Hoitajat olivat yllättäneitä, kuinka harvoissa tapauksissa kotikäynneistä kieltäydytään. Ensimmäistä käyntiä ja työntekijöiden hyväksymistä kotiin voidaan pitää jo merkinä yhteistyösuhteen syntymisestä.

”Se on ihan toisenlainen tilanne kuin että vaikka osastolla tehdään pakkotoimenpiteenä jotakin.”

Vapaaehtoisuus hoidon lähtökohtana vaikuttaa esimerkiksi lääkehoitoon, josta hoitajat tuottivat puhetta. Kotona lääkityksen toteutumisessa näyttäytyy reaalitilanne. Asiakkaan motivaatio käyttää lääkettä ja ajatukset lääkehoitoa kohtaan tulevat esille ja niistä voidaan avoimesti keskustella. Asiakas voi myös kieltäytyä lääkkeestä. Osastohoidossa lääkitys otetaan lähtökohtaisesti pakon edessä. Usein lääkitys toteutuukin puutteellisesti ja monissa tapauksissa potilas jättää lääkkeen sairaalasta päästyään. Hoitajien kokemuksen mukaan potilaat eivät tule osastohoidossa riittävästi kuulluksi lääkkeiden sivuvaikutuksista kertoessaan, joka osaltaan lisää heidän kielteistä suhtautumista lääkehoitoa kohtaan.

”Mikä mun mielestä kiva, on tilaisuus antaa sen potilaan itse miettiä, et kun ei ole mielenterveyslakia, johon vedota, niin sitten avohoidon keinoin keskustelemalla ja miettimällä”

Uuden lääkkeen aloittamiseen avohoidossa ja somatiikan huomioimiseen liittyen hoitajat pohtivat kuinka taata laadukas ja riittävän hyvä hoito. Hoitajat olivat yleensä onnistuneet konsultoimaan lääkärin tarvittaessa, mutta silti hoito eroaa asiakkaan kannalta sairaalaoloista, jossa hoitohenkilökunta on jatkuvasti tavoitettavissa.

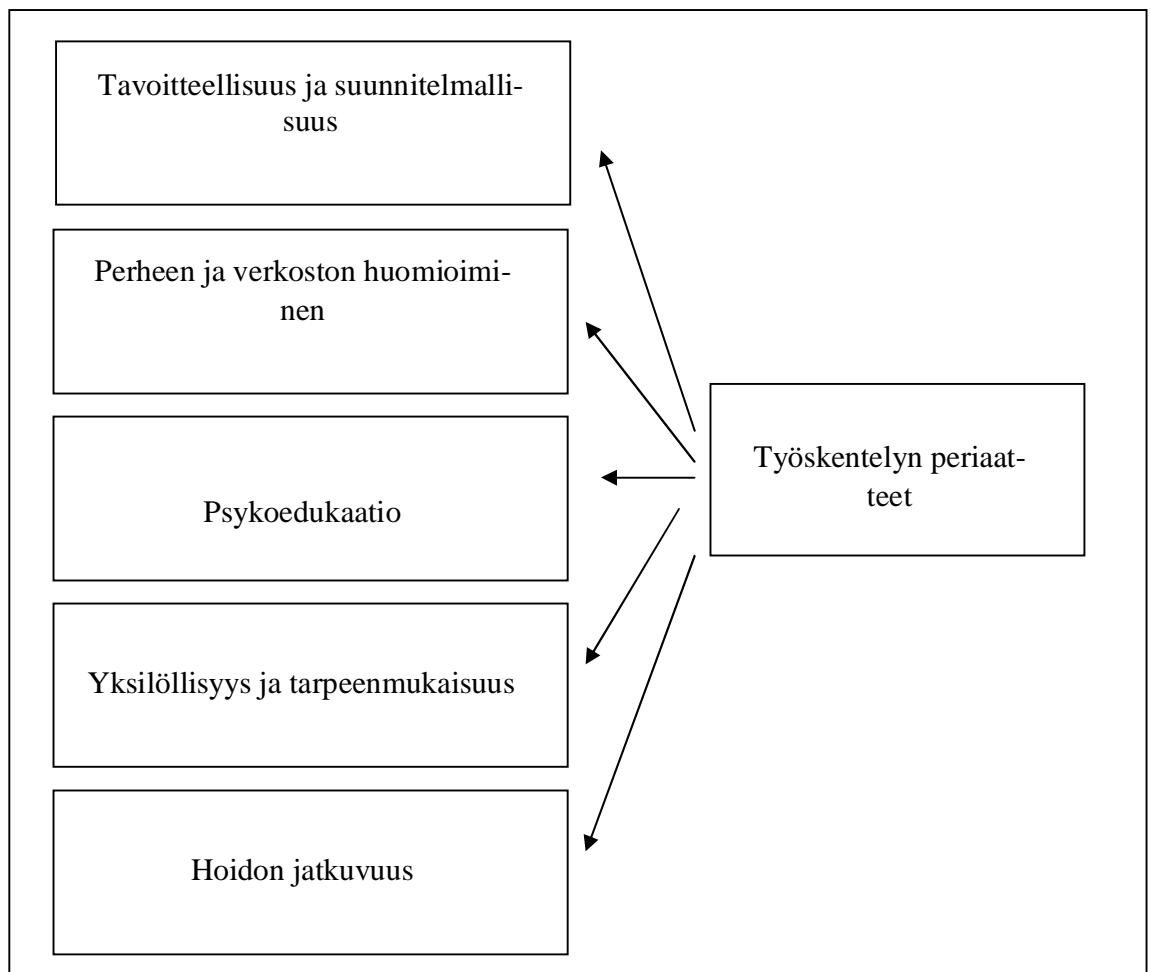
Kokonaisvaltaisuus

Psykoosin tehostetun kotihoidon alussa saatetaan kotikäyntejä tehdä neljä kertaa viikossa. Tiiviiden keskustelukäyntien vuoksi hoitajat ajattelivat oppivansa tuntemaan asiakkaat hyvin. Tilanteen kokonaisuuden hahmottamisessa auttaa asiakkaan kotiympäristön näkeminen, jossa elämän todellisuus tulee eri tavalla käsitettäväksi kuin että se olisi henkilön oman kertoman varassa. Kodin ja sairaalan välillä toimivana yksikkönä hoitajilla on asiakkaan luvalla käytettävissä sekä kunnallinen sairauskertomus että sairaanhoitopiirin sairauskertomusjärjestelmä. Hoitajat kokivat sairauskertomusten lisäävän kokonaisvaltaista hallintaa ja tietoa, joka tukee asiakkaan hoitoa. Yleisesti hoitajat tunsivat pystyvänsä muodostamaan hyvän kokonaisnäkemyksen asiakkaan elämäntilanteesta.

“Sairauskertomusjärjestelmät tuo sellaista kokonaisvaltaista hallintaa ja tietoa todella paljon, että meillä on sellainen aika hyvä kokonaisnäkemys näiden ihmisten tilanteesta. Sen lisäksi me käydään ihmisten luona keskimäärin kaksi kertaa viikossa. Me opitaan tuntemaan nämä ihmiset aika hyvin.”

5.2.2 Työskentelyn periaatteet

Yläkategoria työskentelyn periaatteet muodostuu viidestä alakategoriasta: tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus, perheen ja verkoston huomioiminen, psykoedukaatio, yksilöllisyys ja tarpeenmukaisuus sekä hoidon jatkuvuus. Kuviossa on esitelty yläkategoria työskentelyn periaatteet ja sen alakategoriat.



Kuvio 2 Työskentelyn periaatteet

Tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus

Hoitajat toivat esiin psykoosin tehostetun kotihoidon periaatteena mahdollisimman selkeää työryhmän roolin ja tehtävän määrittelyä. Suunnittelu tehdään yhdessä potilaan ja hoitavan tahon kanssa. Akuuttiryhmän nimen mukaisesti työssä keskitytään johonkin ajankohtaiseen toimintakykyä laskevaan ongelmaan. Eräs hoitaja korosti, että esimerkiksi ongelmaiseksi valitun yksittäisen psykoosioireenkin kohdalla on vielä tarkennettava, ainakin millä tavalla oiretta pyritään helpottamaan.

Kotikäyntien keskustelun sisältö ja työskentelyn aiheet pystytään sopimaan etukäteen, jolloin molemmat voivat valmistautua niihin. Hoitajien mukaan suunniteltu struktuuri toteutuu useimmiten. Laatua asiakkaalle on tietoisuus hoidosta, sen tavoitteesta ja keinoista, joilla helpotusta ongelmaan etsitään. Hoitajat vertasivat tilannetta sairaalahoidon

sirpaleisuuteen ja potilaan epätietoisuuteen tilanteessa, jossa monet ammattihenkilöt hoitavat potilaan asiaa, tehdään vuorotyötä ja tiedonkulussa saattaa olla katkoksia.

”Meidän toiminnalla on yleensä joku tavoite, tähdätään johonkin tiettyyn tän hetken ongelmaan, joka potilaalla on, onko se nyt vaikka psykoosioire, mitä me pyritään helpottamaan. Se on tavoitteellista ja me pystytään se tiiviisti tekeen, niin se aika hyvin toimiikin. Päästään seuraan sitä tilannetta läheltä.”

Asiakkaan kotona järjestettävät keskustelukäynnit työtapana mahdollistavat työskentelyn tavoitteellisuuden ja suunnitelmallisuuden, joka tuo laatua myös hoitajalle. Asiakkaan hoitoa suunnitellaan keskusteluissa työryhmän ja työparin kanssa. Käynteihin valmistautaan suunnittelemalla niiden sisältöä ja mahdollisesti käytettäviä työvälineitä etukäteen. Siirtymiset kotikäyntien välillä saattavat olla pitkiä, mutta aika voidaan käyttää keskustelemiseen ja käyntien purkamiseen. Suunnitelmallisuus on myös hoitajan oman työn hallintaa lisäävä tekijä. Tästä näkökulmasta sairaalahoido näyttäytyi osittain päämäärättömänä sekä rikkonaisena ja sen nähtiin jopa estävän potilaan toipumista.

”Ennen kotikäyntiä sovitaan, että hei mikä olisi työväline tällä kertaa, mitä ehkä olisi hyvä käyttää ja millä saataisiin parhaiten tietoa... Se tuo meidän työstä laadukasta, että meillä yleensä toteutuu se struktuuri.”

”Täältä näkökulmasta katsottuna nyt osaston työskentelyä, että miten se voi olla sellaista tilkkutäkkimäistä, että toinen tulee tuolta ja toinen täältä ja sitten riipastaan ja asiat jää ilmaan, mikä on tietysti ihan luonnollista, kun tehdään vuorotyötä ja ihmiset vaihtuu ja on monta ihmistä. Mutta kyllä mä näen, että se on myös sellasta psykoosia ylläpitävää sellanen riipaisu.”

Perheen ja verkoston huomioiminen

Hoitajat pyrkivät psykoosin kotihoidossa aina tapaamaan läheisiä ja perheenjäseniä hoitoon liittyen. Perheen huomioiminen ja oikeellisen tiedon antaminen henkilöille, joita sairastuminen tai kriisi koskettaa, katsotaan olevan asiakkaan etu. Hoitajat ajattelivat tiedonantamisen ja ohjauksen olevan erityisen tärkeää ensikertaa psykoosiin sairastuneiden ja heidän perheidensä kohdalla. Erään hoitajan mukaan tilanteissa, jossa vallitsee suuri

hämmennys, eikä henkilöillä ole mitään ennakkokäsityksiä psykoosista, tiedonantaminen on osoittautunut merkittävimmäksi hoitomuodoksi.

Haastateltavien kokemusten mukaan perhetapaamiset, paritapaamiset ja lasten huomioiminen saattavat toteutua useammin kuin sairaalaosastolla, sillä omaisten on helpompaa tulla kotiin. Erään hoitajan kokemus oli, että omaiset kertovat pääsevänsä paremmin mukaan hoitoon kuin sairaalaosastolla. Työmuodossa korostuu sairastuneen oman toimijuuden vahvistuminen ja tasavertaisuus myös suhteessa läheisiin. Asiakas on paras asiantuntija kertomaan tilanteestaan. Kun omainen kertoo näkemyksiä kotikäynneillä, asiakas on läsnä, voi peilata sanottua ja reagoida siihen. Hoitajien mukaan tämä keskustelu tapahtuu luontevammin kuin osastolla. Lisäksi omaisten tapaaminen usein kotikäyntien yhteydessä, vaikka eivät tapaamisiin ottaisi osaa, tekee heistä tuttuja ja enemmän vertaisia hoitajien kohtaamisessa.

*”Se on luontevampaa. Aina tulee huomioitua ne samassa taloudessa asuvat ja puhutaan ihan eri tavalla enemmän. Vaikka asiakas ei tahtoisi aluksi, että niitä tava-
taan niin niistä pystytään puhumaan eri tavalla vaikka ne ei oo läsnä, kun ne asuu
siinä samassa ympäristössä.”*

Verkostotyön tavoitteena on linkittyä asiakkaan hoitoon osallisina oleviin yhteistyötahoihin tai etsiä uusia soveliaita tahoja, jotka voivat tukea toipumisessa. Asiakkaalle laatua on tehostetun kotihoidon liikkuvuus. Verkostotapaamiset toteutuvat useammin, koska työntekijät eivät ole paikkaan sidottuja. Asiakkaan halutessa voidaan kotikäynnin sijaan lähteä tueksi asiointikäynnille.

*”Ollaan asiakkaan tukena ja perheen tukena ja otetaan yhteyttä kaikkiin lasten-
suojeluihin ja sosiaalipuoleen ja kaikkeen mahdolliseen, jos on tarvetta ja ollaan
linkkinä niissä asioissa muihin verkostoihin ja tehään sitä yhteistyötä. Mun mie-
lestä oon huomannu sen käyvän paljon helpommin nyt, kun tekee tällaista työtä,
että pääsee liikkumaan.”*

Tehostetun kotihoidon yhteistyötahona voi hoitajien mukaan olla mikä tahansa terveydenhuollon tai sairaanhoidon yksikkö. Pääasiallisiin yhteistyökumppaneihin, Kangasvuo-

ren sairaalan osastoihin ja mielenterveyden avohoitoyksiköihin yhteistyö on muotoutunut hyvin. Erityisen saumatonta työskentelyä on Jyväskylän aikuispsykiatrian poliklinikoiden kanssa, johon on auttanut henkilöstön tunteminen entuudestaan sekä yhteydenpito potilastietojärjestelmän viestitoiminnon avulla. Yhteistyötahoista puhuttaessa hoitajat toivat esiin erilaisten toimijoiden psykoottisiin ihmisiin kohdistamia ennakkoluuloja. Kokemuksen mukaan ennakkoluulot hellittävät, kun asioista päästään keskustelemaan kasvokkain. Verrattuna hoitotyöhön sairaalaosastolla hoitajat ajattelivat verkostotyön olevan laajempaa ja moninaisempaa. Haasteena tuotiin esiin yhteistyön opettelu alueen kuntien kanssa, joista kukin on järjestänyt palvelut omalla tavallaan.

Psykoedukaatio

Hoitajat katsovat laadukkaaseen psykoosin kotihoitoon liittyvän tavoite, että työskentelystä seuraisi ymmärrys ja jäsenys psykoottisille kokemuksille. Käsityksen sairastumiseen johtaneista tapahtumista ajateltiin suojaavan psykoosin uusiutumiselta ja auttavan uudelleen avun piiriin hakeutumisessa. Työskentelyn keskiössä ovat asiakkaan omat hallintakeinot ja mahdollisuudet hoitaa psykoosia. Hoitajilla oli kokemus, että kotiympäristössä opetuksellisuutta helpottaa sen nivoutuminen arkeen. Tilanteet, joissa hallintakeinoja tarvitaan, ovat läsnä ja käsillä. Tämän kautta mukaan saadaan asiakkaan omaa oivallusta. Hoitajat ajattelivat psykoedukaation olevan työmuodon vuoksi luonteeltaan henkilökohtaisempaa.

“Voi tosiaankin siitä kotiympäristöstä ottaa jotakin, että sä teetkin tän asian näin. Näkee miten nää siellä toteutuu ja voi sitten linkittää siihen puheeseen ja siitä tulee sellasta omempaa ja tutumpaa, mitä on helpompaa ottaa vastaan.”

Yksilöllisyys ja tarpeenmukaisuus

Toimintaa ohjaavana periaatteena hoitajat kuvaavat tarpeenmukaisuutta ja hoidon yksilöllisyyttä. Vaihtelevasti aineistossa esiintyvät myös samaa tarkoittavat tarkoituksenmukaisuus tai tarvelähtöisyys ja asiakaslähtöisyys. Useampi hoitaja kuvasi hoidon yksilöllisyyttä sanoen sen olevan räätälöityä. Työskentelyn kohde ja keskustelun sisältö lähtee asiakkaan tarpeesta. Hoitajat ajattelivat myös heidän antamansa tiedon painottuvan asiakaskohtaisesti. Asiakkaan eduksi katsottiin, että kokeneet hoitajat arvioivat jokaiselle käynnillä

psykykkistä vointia ja kotona toteutettavan hoidon turvallisuutta ja tarkoituksenmukaisuutta.

Aikataulultaan työskentely on yksilöllisesti joustavaa. Jos asiakkaalla on puhumisen tarvetta tai käynnillä on päästy hyvään keskusteluun, aikaa voidaan jonkin verran venyttää. Vastaavasti toiset asiakkaat eivät toivo täysimittaisia käyntejä, mitä kunnioitetaan. Kontrastina hoitajien kokemuksissa sairaala aikatauluttaa potilaan elämää ja määrittää, missä järjestyksessä asiat tapahtuvat.

”Kyllä se täytyy tarpeesta lähteä ja yksilöllisesti. Puhutaan perheiden tapaamisesta, voi olla, että toisia tavataan kerran ja se on niille ihan ok ja toisten kanssa tehdään useamman kerran tavoitteellista työtä. Mun mielestä ne on molemmat ihan yhtä laadukkaita, et on vaan kyse siitä, mitä siihen väliin tarvitaan.”

”Myös käyntitiheydet ovat työparin ja potilaan yhteisen sopimuksen varassa. Se-kin tuo sitä laatua, että me pystytään joustavasti muuttamaan sitä käyntitiheyttä tarpeen mukaan.”

Hoidon jatkuvuus

Psykoosin kotihoidon hoitajat mielsivät työskentelynsä kiinteinä työpareina tuovan laatua hoitoon. Asiakkaalle valikoitunut työntekijäpari on hoidossa mukana saattaen yleensä asiakkaan lopuksi varsinaiseen avohoitoon.

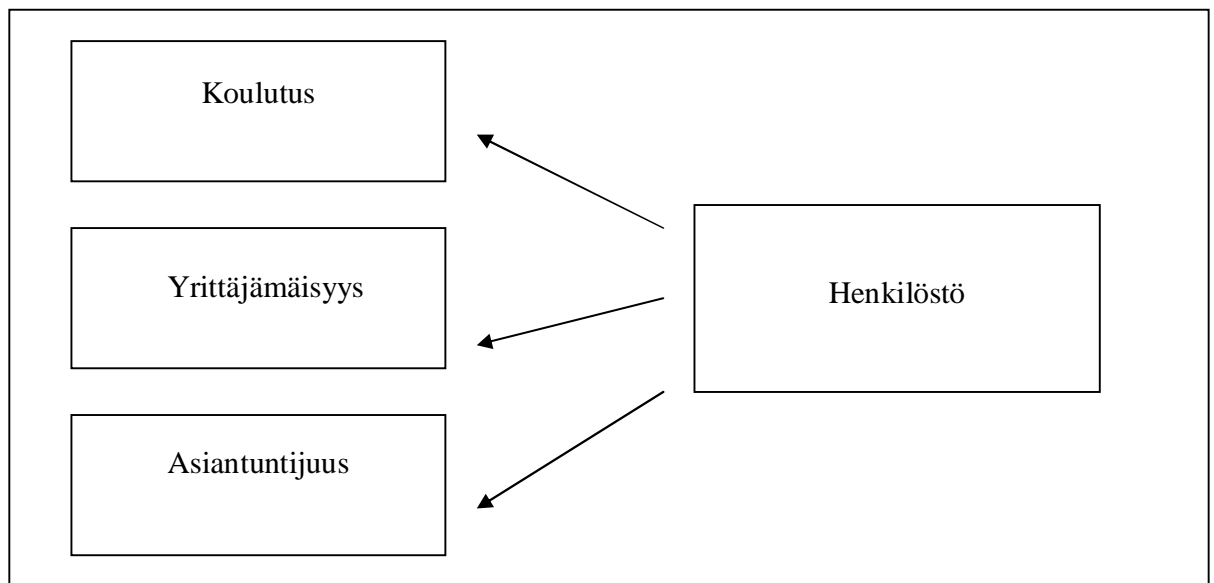
”Se on ollut hyvä, että me pidetään siitä kiinni, että yhtä asiakasta kohti on kiinteä työpari. Se luo sitä luottamusta ja asiat etenee. Se tuo sitä jatkuvuutta.”

Hoitajat ajattelivat hoidon jatkuvuuden turvaamisen olevan olennainen osa heidän perustehtävää. Toisten asiakkaiden kohdalla työ on avohoitoon motivoimista ja kiinnittymisen tukemista. Ensikertaa psykoosiin sairastuneiden kohdalla avohoito järjestetään alusta alkaen.

”Puhutaan siitä hyvästä hoidon lopetuksesta ja meillä on aika paljon yhteisiä neuvotteluja ja palavereita sen avohoitopaikan kanssa hoidon aikana ja hoidon lopussa. Yleensä pyritään saattamaan sinne varsinaiseen avohoitopaikkaan.”

5.2.3 Henkilöstö

Yläkategoria henkilöstö muodostuu kolmesta alakategoriasta: jatkuva koulutus, yrittäjämäisyys ja asiantuntijuus. Kuviossa on esitelty yläkategoria henkilöstö ja sen alakategoriat:



Kuvio 3 Henkilöstö

Koulutus

Hoitajien mielestä työryhmälle järjestetty koulutus merkitsi laatutekijää. Koulutuspaketin taustalla on ajatus, että työntekijöillä olisi jaettu ymmärrys asioista ja yhteisiä välineitä hoidossa käytettäväksi. Hoitajat ovat päässeet itse suunnittelemaan koulutusta tarpeitaan vastaavaksi. Koulutus koettiin tärkeänä ja sen nähtiin muodostavan pohjaa peräänkuulutetulle työn jatkuvalle kehittämiselle.

“Siten tietysti että meillä nämä koulutukset on ja pyörii niin ne on osa myös sitä laatua, et me mieitään mitkä on ne tämänhetken polttavat aiheet, miettitään mitkä

on ne asiat mihin tarvitaan tukea ja apua. Ollaan myös päästy sitä ite miettimään ja suunnittelemaan mihin tarvitaan..olis pohjana sille et me tehtäis vähän, jokainen tietysti omalla persoonallaan, mutta edes et meillä on sama pohja, samoja asioita”

Yrittäjämäisyys

Aineistossa psykoosin kotihoidon hoitajat kertovat työn yrittäjämäisestä luonteesta ja kuvaavat yrittäjämäistä suhtautumista hoitotyöhön. Tällaisina voidaan nähdä muun muassa työn ja sen suunnittelemisen vapaus, vastuunottaminen, työn moninaisuus, itseohjautuvuus, oman työn kehittäminen, työryhmän demokraattisuus ja hierarkkisen johtajuuden puuttuminen. Hoitajan työnkuvan voidaan ajatella olevan sairaalatyöhön verrattuna laajempi ja moninaisuutensa vuoksi pitkälti ongelmanratkaisutyypistä. Hoitajien kokemuksena oli, että työ on haastavaa, mutta haasteellisuudessaan palkitsevaa. Useat hoitajat mainitsivat itseohjautuvuuden keskusteltaessa johtajuuden kerroksellisuuden tai oman lääkärin puuttumisesta. Itseohjautuvuus koettiin myönteisenä ja siinä haluttiin pysyttäytyä jatkossakin.

”Psykoosiosastolla on tottunut hoitamaan sen oman ruutunsa, on voinut suoraan sanoa, että mene sosiaalityöntekijän puheille. Sitten kun on ruvennut miettimään, kuinka me tämä kotihoito toteutetaan mahdollisimman hyvin.. se on ihan luontevaa, on pakko ottaa mikä tahansa asia, joka nousee ja jollakin lailla hoidettava.”

”Mehän ollaan tavallaan oma yritys, mehän ollaan luotu nämä systeemit.. tätä runkoa, kun me aamulla tullaan konttorille, että mitä me tehdään.”

Asiantuntijuus

Psykoosin kotihoidon hoitajilla on kokemusten mukaan tunne omasta asiantuntijuudesta, jonka tuo osaltaan pitkä työkokemus psykoosin hoidosta. Aineistosta nousee esille kuinka työn järjestämisestä seuraava hoitajien asiantuntijuuden mahdollistuminen vahvistaa työn hoidollista ulottuvuutta.

“Me pystytään keskittymään täysin tähän hoidolliseen sisältöön”

*”Meillä yleensä toteutuu se struktuuri, jota on ajateltu. Toisin kuin muistelee siel-
lä osastotyössä, niin välillä ne saattoi jäädä siihen hoitoneuvottelussa esimerkiksi
lääkäri otti enemmän sitä aikaa, mitä itse ajatteli ja ei pystynyt tuomaan niitä
omia asioita esille, mitä tässä Tehko työssä pystyy.”*

5.3 PSYKOOSIN TEHOSTETUN KOTIHOIDON KEHITTÄMINEN

Hoitajien vastauksissa kysymykseen työn kehittämisestä toistuivat teemat varhainen puut-
tuminen, työn markkinoiminen, perustehtävän ja laadukkaan työn vaaliminen sekä työn
jatkuva kehittäminen. Aiheet on tunnistettu kehittämiskohteiksi työryhmän aiemmin toi-
minnastaan tuottamassa materiaalissa.

Kaikki hoitajat pitivät tärkeänä varhaisen tunnistamisen kehittämistä ja toivoivat vielä
tulevan mahdolliseksi lähettää asiakkaita suoraan terveystieteiden keskuksista. Sairaanhoidopiirissä
psykiatristen sairaaloiden vuodepaikkoja vähennetään entisestään. Potilaiden vastaanotto
ja hoidon koordinointi on tarkoitus keskittää yhdelle vastaanotto-osastolle. Moni hoitaja
mainitsi kehittämisen kohteena, kuinka yhteistyö järjestetään tulevan vastaanotto-osaston
kanssa niin, että potentiaaliset kotihoidon asiakkaat voitaisiin poimia potilasvirrasta. Ny-
kyisellään sairaalaosastoilta toivottiin rohkeampaa arviointia, voisivatko potilaat pärjätä
Tehkon tuella jo toipumisen varhaisemmassa vaiheessa. Lisäksi yhteydenotot tehostet-
tuun kotihoitoon voisivat tapahtua aikaisemmin, jos Tehkon toivotaan tukevan potilasta
kotiutumisvaiheessa. Harkittavaksi esitettiin myös, voisiko sairaalahoidon estää hoidon
arvion hetkellä lähettämällä henkilön kotiin ja järjestämällä kotikäynnin seuraavaksi päi-
väksi.

Työryhmässä on välillä harkittu määräaikaista kiinteitä työpareja, mikä helpottaisi ainakin
liikkumista ja aikataulujen suunnittelua. Nykyisessä järjestelyssä työparit ovat asiakas-
kohtaisia, mutta kaikki työskentelevät kaikkien kanssa, jonka koettiin tuovan vaihtelua.
Pienessä työryhmässä kunkin työtavat ja henkilökohtaiset painotukset oli opittu jo tunte-
maan, työskentely koettiin sujuvaksi ja henkilösuhteet ovat hyvät. Useimmat hoitajat oli-
vat kuitenkin valmiita kokeilemaan myös kiinteitä työpareja.

Yksittäisenä kysymyksenä kehittämiseen liittyen tuli esille, eikö olisi mahdollista kommunikoida asiakkaan kanssa sähköpostin välityksellä. Jyväskylän psykiatrian poliklinikoiden työntekijöiltä tämä on ilmeisesti kielletty tietosuojaan vedoten, joten keskisessä psykoosin tehostetussa kotihoidossa sähköpostia ei ole käytetty.

Toisinaan varattaessa hoitoneuvotteluaikaa poliklinikalle ajat järjestyvät kuukaudenkin päähän, mitä hoitajat pitivät pitkänä aikana. Esimerkkinä, jos tehostettu kotihoito alkaa olla tehtävänsä suorittanut, mutta asiakkaan luo on edelleen tehty kaksi käyntiä viikossa, hän tuntuisi jäävän viikoiksi yksin, kun tiivis tuki loppuu. Yleisesti kehittämiskohteena mainittiin tiedonkulku eri toimijoiden välillä, jossa hoitajat ajattelivat olevan aina parantamisen varaa.

Kehittämiseen liittyen toivottiin, että alkuinnostuksen jälkeenkin ryhmästä löytyisi energiaa kehittää ja pohtia laatukysymyksiä. Itseohjautuvuus ja kerroksellisen johtajuuden puuttuminen edellyttävät, että kaikki ryhmässä ottavat vastuuta jatkuvasta kehittymisestä. Laatutyötä ryhmässä on tehty muun muassa tarkastelemalla päättäneitä hoitajaksoja. Hoitajat tunsivat, että uudessa työmuodossa on mahdollista kehittyä tavoittelemalla siirtymistä tekemisestä yhä tietoisempaan toimintaan.

Esimiehiltä ja johdolta odotettiin arvostusta ja kuuntelemista kehittämistoiveissa. Toivottiin työn tuloksellisuuden ja hyötyjen laajaa tarkastelua, ettei katsota ainoastaan tilastoja kotikäyntien määrällisestä toteutumisesta. Hoitajat toivoivat saavansa ajoissa informaatiota mahdollisista muutos- ja kehittämissuunnitelmista.

6 POHDINTA

6.1 TULOSTEN TARKASTELUA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitajien kokemuksia laadusta psykoosin tehostetussa kotihoidossa. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa kuvaus työryhmän hoitajien työn

sisällöstä ja perustehtävästä sekä kartoittaa hoitajien ajatuksia työn kehittämisestä. Tulokset osoittivat tehostetun kotihoidon laadun koostuvan kotihoidosta, työskentelyn periaatteista ja henkilöstöstä.

Tulosten mukaan hoitajien työtehtävä on psykoottisesti oireilevien asiakkaiden kotona tapahtuva hoito. Hoitajat kuvasivat psykiatrisen hoitotyön sisältöä perinteisellä tavalla auttamiseksi ja tukemiseksi, jonka tavoitteena on asiakkaan selviytyminen (Latvala – Janhonen 1995, 20). Hoitajien työtä määrittelee työryhmän asema psykiatrisessa palveluorganisaatiossa ja toimiminen väliaikaisena hoitotahona. Työryhmän paikka on kodin ja sairaalan välillä ja tehostettu kotihoito voi olla 1-3 kuukautta mukana asiakkaan hoidossa tukemassa kotona pärjäämisessä, avohoitoon kiinnittymisessä tai sairaalasta kotiutumises- sa. Perustehtävä saattaa vaihdella riippuen lähettävistä tahoista. Työtettä voidaan luonnehtia terapiasuuntautuneeksi, koska työ tapahtuu pääasiassa keskustelemalla.

Tutkimuksessa käy ilmi, että koti hoitoympäristönä tuo monella tavalla laatua psykoosin hoitoon. Hoitajien kokemus on yhdenmukainen sen kanssa, mitä Haarakangas (1999) ja Virtanen (2005) toteavat kotikäynneistä tai kodista hoitoympäristönä. Koti on turvalliseksi koettu paikka. Hoitajalle asiakkaan elämäntilanne on kotiympäristössä havainnollisemmin läsnä, mutta koteihin meneminen edellyttää vierailijalta odotettavaa hienotunteisuutta. Kotona toimitaan asiakkaan ehdoilla. Syrjäpalon (2006) ja Variksen (2005) mukaan asiakkaat arvostavat turvallista hoitoympäristöä ja ihmisarvoa kunnioittavaa kohtelua, mikä käytännössä tarkoittaa, ettei potilaan arvokkuutta loukata, valtaa ei käytetä väärin eikä potilasta tuomita.

Laatua psykoosin kotihoitoon tuo myös hoidon vapaaehtoisuus ja toteuttaminen yhteistyössä asiakkaan kanssa. Kaikki hoitajat kuvasivat kokemustaan hoitotilanteesta roolien tai aseman muuttumisena verrattuna sairaalaosastoon. Auktoriteetin ja vallankäyttäjän sijaan he käyttivät itsestään nimityksiä “vieras” ja “altavastaava”. Tuloksista voidaan päätellä hoitomallin vahvistavan asiakkaan oma toimijuutta ja päätösvaltaa Mieli 2009 – työryhmän suositusten mukaisesti (STM 2009:3). Myös hoitajat tunsivat olevansa tasa-arvoisempia asiakkaiden kanssa. Aaltonen, Koffert, Ahonen ja Lehtinen (2000) tarkastelevat ilmiötä asiantuntijuuden uutena olemuksena ja rituaalien purkautumisena. Tämän tutkimuksen tulokset noudattelevat näkemystä, että mielenterveysongelmaa koskeva asi-

antuntijuus voi parhaiten toteutua ympäristössä, jossa hoidon rituaalinen valta on vähäisimmillään ja potilaan valinnanvapaus suurimmillaan. Psykoosin kotihoidon voidaan nähdä toteutuvan asiakaslähtöinen dialoginen hoitotyö, joka Koiviston (2003) mukaan merkitsee, että potilaan ja hänen verkostonsa ovat hoitohenkilökunnan rinnalla tasavertaisia oman elämänsä ja tilanteensa asiantuntijoita.

Syrjälä ja muut (2009) toteavat, kuinka potilaan aseman korostaminen hoitotyössä lisää potilaan oman kokemuksen huomioon ottamista hoidossa sekä hänen osallistumistaan hoitoon. Tämä edellyttää asenteellista muutosta hoitajakeskeisestä toiminnasta. On kuitenkin vaikea nähdä, mikä toimisi tällaisen asenteellisen muutoksen motivaationa, jos edelleen on mahdollisuus käyttää valtaa asiantuntija-asemasta käsin ja esimerkiksi mielenterveyslakiin vedoten. Psykoosin kotihoidossa asetelma on kääntynyt siten, että potilas ottaa hoidon asiantuntijan mukaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon. Tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat Aaltosen ja muiden (2000) tavoin todenneet tästä seuraavan mahdollisuudet luottamukseen kasvuun.

Tulosten mukaan hoitajat kokivat käytössään olevien sairauskertomusten lisäävän kokonaisvaltaista hallintaa ja tietoa, joka tukee asiakkaan hoitoa. Kaiken tietäminen potilaan taustoista ei ole tarpeellista (Välimäki ym. 2000). On kuitenkin ilmeistä, että hoitotyöstä saadaan laadukkaampaa, jos hoitajalla on olennainen tieto ja kuva kokonaiselämäntilanteesta hoitoon liittyvän päätöksenteon tueksi. Tuloksista ilmenee, että hoitajat tunsivat pystyvänsä muodostamaan hyvän kokonaisnäkemyksen asiakkaan elämäntilanteesta. Sairaalahoidossa hoitajat saattavat päinvastoin tulla tietämään hyvin vähän potilaan asioista, mikäli potilas on haluton yhteistyöhön ja tieto on hänen kertoman varassa.

Tuloksissa esitettyjä työskentelyn periaatteita voidaan tarkastella hyvin yhdenmukaisena sen kanssa, mitä on esitetty hyvästä mielenterveystyöstä. Koiviston (2003) mukaan auttamisen tulee perustua potilaan omiin kokemuksiin tavoitteistaan, jolloin auttaminen perustuu hänen sisäiseen tilaansa ja tämän muutoksiin. Psykoosin kotihoidon hoitajien mukaan laatua asiakkaalle on tietoisuus hoidosta, sen tavoitteesta ja keinoista, joilla helpotusta ongelmaan etsitään. Kokko totesi tutkimuksessaan (2004) hyvään mielenterveystyöhön kuuluvan, että ammattitaitoiset työntekijät käyttävät työvälineenä keskustelua, lääkettä ja perheenjäsenille tarjottavaa tietoa.

Omaisten äänen kuuleminen on haaste. Omaiset ovat merkittäviä tiedonantajina ja potilaan tukijoina. (Syrjälä, Kontio & Paasovaara 2009.) Tuloksissa hoitajat toivat esiin uuden työmuodon helpottavan omaisten osallistumista hoitoon jo pelkästään sen vuoksi, että hoitajat ja omaiset ovat enemmän vuorovaikutuksessa vieraillessaan kodeissa. Voidaan todeta psykiatrisen kotihoidon tekevän asiakkaista hoitajien lisäksi tasa-arvoisempia myös suhteessa omaisiin. Sairaalahoidon käytännöt ja sisällöt saattavat jäädä omaisille hahmotumattomiksi ja vieraiksi.

Psykoedukaatiota ensikertaa psykoosiin sairastuneiden potilaiden, läheisten ja sairaanhoitajien kokemusten kautta tutkinut Kilku (2008) toteaa kohtaamisen kokemuksen mahdollistavan psykoosista toipuvan luottamuksen palautumisen itseen, omaan selviämiseen tulevaisuudessa ja hoidosta saatavaan apuun. Kohtaaminen on sekä vuorovaikutuksellista että tiedollista kohtaamista. Kohtaamattomuuden kokemuksiin liittyy vuorovaikutuksen estymistä, tiedon puutteita, omien tarpeiden ja hoitojärjestelmän välisten käytäntöjen kohtaamattomuutta. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan päätellä psykoosin kotihoidon tarpeenmukaisuuden ja kodin hoitoympäristönä edistävän kohtaamisen kokemuksia. Hoitajat ajattelivat, että kotona annettava ohjaus ja opetus nivoutuvat enemmän asiakkaiden arkeen ja siitä tulee henkilökohtaisempaa.

Verkostotyöstä ja yhteistoiminnallisuudesta todetaan, että hoitajien pitäisi enemmän kerätä tietoa olemassa olevista tukiverkostoista ja auttaa perheitä luomaan uusia verkostoja (Syrjälä, Kontio & Paasovaara 2009). Muiden viranomaisten kanssa tulee rakentaa toimivaa palvelukokonaisuutta ja turvata asiakkaan jatkohoito. Hoitajat voivat olla moniammatillisessa työssä koollekutsujia ja sillanrakentajia useiden eri palveluiden välillä (Korhonen, Vehviläinen-Julkunen ja Pietilä 2008). Eri toimijoiden yhteistyö sekä tiedostettu pyrkimys yhdessä asetettuun päämäärään ja sen mukainen avoin toiminta mahdollistavat yhteistoiminnallisuuden psykiatrisessa hoitotyössä (Ruotsalainen – Eriksson 2009). Tulosten mukaan verkostotyö on keskeinen työskentelyn periaate psykoosin tehostetussa kotihoidossa. Hoitajat olivat omaksuneet koollekutsujan roolin ja yhteistoiminnallisuuden ajatuksen. He pitivät luonnollisena osana työtä olla yhteydessä asiakkaan verkostoon tai mahdollisiin uusiin hoidossa auttaviin tahoihin. Työryhmän liikkuvuus helpottaa yhteis-

työkumppaneiden tapaamista kasvotusten, jolloin asioista pystytään hoitajien mukaan parhaiten sopimaan.

Kategorian henkilöstö tuloksia voidaan tarkastella myös Kokon (2004) kuvaamien hyvän mielenterveystyön edellytysten valossa, joihin lukeutuvat koulutus, tiimityö ja työnohjaus. Välimäen ja muiden (2000) mukaan psykiatrisessa hoitotyössä korostuu kouluttautumisen ja erikoisosaamisen hankkimisen merkitys, jotta hoitotyöntekijä pystyisi vastaamaan työn nykyisiin vaatimuksiin ja antamaan laadukasta hoitoa. Terapiatyön lisäksi hoitotyössä tarvitaan laaja-alaista tietoa muun muassa hoitotyön käytännöstä ja siihen liittyvästä tutkimuksesta hoitotieteen ja lähitieteiden alueilta, hallinnosta, terveys-taloustieteestä, tutkimusmenetelmistä ja hoitamisen etiikasta. Psykoosin kotihoidon hoitajat ajattelivat koulutuksen olevan yhteydessä hoitotyön laatuun ja auttavan myös tasalaatustamaan annettua hoitoa siinä mielessä, että työryhmässä on keskinäinen ymmärrys ja jaettuja käsityksiä esimerkiksi siitä, mitä kuuluu psykoosin hyvään hoitoon. Psykoosin kotihoito edellyttää hoitotyöntekijältä aktiivisuutta, ammattitaitoa ja kykyä itsenäiseen työskentelyyn sekä päätöksentekoon (Välimäki 2000).

Yrittäjämäisyys tulosten luokkana kuvaa aineiston heijastelemaa tutkittavien yrittäjämäistä suhtautumista työhön. Tämä sisältää työn itseohjautuvuuden lisäksi muun muassa sen, että kantaa ensisijaisesti itse vastuun eettisesti korkeatasoisesta ja laadukkaasta hoitotyöstä sekä työn jatkuvasta kehittämisestä. Eriksson, Nordman ja Myllymäki (2000) toteavat vallalla olevan lääketieteellis- teknillinen ja taloudellinen ajattelu, joka ei mahdollista hoitotieteellisen tiedon avointa pohdintaa. Tämä merkitsee heidän mukaansa, ettei lääketieteellistä ja teknistä osaamista täysin voida käyttää potilaan parhaaksi, koska siitä puuttuu hoitava ulottuvuus. Tulosten perusteella voidaan pohtia vahvistaako hoitajien asiantuntijuus sekä psykologisten ja hoitotyön interventioiden ensisijaisuus hoidollista ulottuvuutta psykoosin kotihoidossa. Mahdollisesti voidaan ajatella tiedon suodattuvan hoidollisen näkökulman lävitse, jolloin tulos olisi vaikuttavampi.

6.2 TUTKIMUKSEN EETTISET NÄKÖKULMAT

Tämän tutkimuksen eettiset kysymykset liittyvät ongelmanasetteluun, tutkijan ja tutkimusorganisaation suhteeseen sekä tutkittavien ja tutkijan suhteeseen, aineiston keruuseen ja tulosten julkaisemiseen liittyviin kysymyksiin. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa psykoosin kotihoidosta ja sen laadusta toiminnan kehittämiseksi ja vakiinnuttamiseksi. Hoitaminen kotiin on nykyisten palvelujen kehityssuunta ja tutkimusten mukaan asiakkaat pitävät sitä ensisijaisena vaihtoehtona (Brimblecombe 2001). Psykoosin kotihoitoa kehittämällä voidaan välttää psykiatrisia sairaalahoitoja, jossa kohdataan mahdollisesti vaikeampia eettisiä ongelmia kuin vapaaehtoisuuteen ja yhteiseen sopimiseen perustuvasa kotihoidossa

Tutkimukseen pyydettiin lupa yksikön johtavalta hoitajalta syksyllä 2008, joka katsottiin riittäväksi sillä tutkimus kohdistui hoitajien kokemuksiin, eikä tutkimuksen tekemisessä käsitelty potilastietoja. Tutkittaville osallistuminen oli vapaaehtoista. Heitä tiedotettiin etukäteen tutkimuksen toteuttamisesta haastattelulla ja kaikki tutkittavat antoivat suostumuksensa haastatteluiden nahoittamiseen. Nauhat hävitetään tutkimusraporttien valmistuttua. Eskola ja Suoranta (1998) toteavat haastateltavien tunnistamiskysymyksen olevan ongelmallinen silloin, kun tiedetään tarkasti, mistä tutkittavat tulevat ja tutkittavien joukko on pieni, kuten tässä tutkimuksessa. Tällöin korostuu tutkimuksen tekijän vastuu, ettei tutkimus vahingoita tutkittavaa millään muotoa. Raportin kirjoittamisessa on pyritty siihen, etteivät osallistujat olisi tunnistettavissa tulososion suorien lainausten perusteella. Toisensa tuntevat työtoverit, ainakin työryhmän sisällä, saattavat tietysti yhdistää lainauksen tiettyyn henkilöön. Tulokset on kirjoitettu kuitenkin siinä ymmärryksessä, ettei niiden sisällössä tule esille sellaista arkaluontoista, jota henkilöt eivät työryhmässään voisi keskustella. Yleisesti tutkimuksen kohteena oleva toiminta on julkista terveydenhuollon alaan kuuluvaa toimintaa, jonka tulee voida olla avoimen keskustelun ja tarkastelun kohteena.

Tutkija on tietoinen suhteestaan ja osallisuudestaan tutkittavaan ilmiöön, sillä hän on suorittanut opintoihin liittyvän harjoittelun psykoosin tehostetussa kotihoidossa. Tutkija myös tunsii tutkimukseen osallistujat etukäteen. Tutkimuksen tekemisen ajankohtana tie-

donantajien ja tutkijan suhdetta voisi kuvata kollegiaalisena suhteena, jossa ei vallitse riippuvuutta, jonka voitaisiin katsoa vaikuttavan tutkimukseen.

Tämä tutkimus vastaa osaltaan myös psykoosin kotihoitoon kohdistettuun kritiikkiin, jonka mukaan se olisi vain hienostuneempi psykiatrisen vallankäytön muoto, joka ulotetaan ihmisten koteihin (Bracken 2001). Tutkimus tuo esille hoitajien äänen ja valottaa sitä, millaisella taustaorientaatiolla he toimivat työssään. Perusteiltaan toiminnassa on hoito-henkilökunnan mukaan kyse ihmisten auttamisesta selviämään erittäin invalidisoivan sairauden kanssa. Eettisestä näkökulmasta olennainen kysymys kuuluu, toteutuuko hoidon vapaaehtoisuus ja asiakkaan valinnanvapaus, kuten työskentelyn periaatteissa esitettiin? Haaste liittyy esimerkiksi siihen, millä tavalla työryhmästä kerrotaan ja kuinka sitä asiallisesti markkinoidaan sairaalasta kotiutuville potilaille.

6.3 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tämän tutkimuksen luotettavuuden kannalta on merkityksellistä, että sen tekemiselle on löydettävissä perusteet psykiatrisen hoitotyön kehittämisestä sekä erilaisista suosituksista, jotka painottavat avohoidon ensisijaisuutta ja asiakaslähtöisyyttä. Tutkimus pyrkii valottamaan uusia hoitotyön alueita ja ilmiötä, jota ei ole aikaisemmin paljon tutkittu.

Aihe on erittäin ajankohtainen, sillä psykiatrisen kotihoidon resurssija ollaan Keski-Suomessa lisäämässä raportointihetkellä. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimustehtävät oli nimetty selkeästi. Tutkimustehtävä psykoosin kotihoidon laadun selvittäminen nousi aiheeksi työryhmän ehdotuksesta ja se on ohjannut tutkimusprosessia alusta saakka. Kvalitatiivisen tutkimuksen tekeminen oli perusteltua, koska tutkimuksessa haluttiin selvittää tietyn yksittäisen työryhmän hoitajien kokemuksia. Tutkimukseen osallistuneiden joukko oli pieni, yhteensä kuusi hoitajaa. Joukko oli kuitenkin riittävä ja soveltuva kvalitatiiviseen haastattelututkimukseen. Kvalitatiivinen tutkimus ei pyri yleistettävyyteen, eikä tämänkään tutkimuksen tulokset ole yleistettävissä.

Eskola ja Suoranta (1998) käsittelevät laadullisen tutkimuksen luotettavuuden kriteereinä muun muassa uskottavuutta, siirrettävyyttä, varmuutta ja vahvistuvuutta. Tutkija on tes-

tannut uskottavuutta esittämällä tuloksia tutkittaville, jotka palautteen perusteella vastasivat heidän kokemuksiinsa. Tulosten tarkastelussa on ilmeistä niiden vahvistuvuus eli hyvää mielenterveystyötä selvittäneistä tutkimuksista saatava tuki esitetyille tulkinnoille. Toisaalta voidaan nähdä kuinka hoitajien työn järjestäminen näyttöön ja suosituksiin perustuen sekä hoitajien tietämys psykiatrisesta hoitotyöstä vaikuttaa heidän ilmaisemiinsa kokemuksiin ja olisi yllättävää, jos ne poikkeaisivat toisistaan.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella myös aineiston keräämisen, aineiston analyysin ja tutkimuksen raportoinnin kautta. Olen raportoinut tutkimuksen etenemisen ja tutkimuksen tulokset huolellisesti esittäen tulososiossa myös alkuperäisiä lainauksia tutkimusaineistosta. Näin raportin lukija voi arvioida tekemääni analyysiprosessia. On muistettava, että ilmiöistä on olemassa monia todellisuuksia ja joku toinen asiaa tutkiva voisi päätyä erilaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin. Sisällönanalyysia tehdessä toteisin aineiston tarjoavan useita eri mahdollisuuksia sen luokitteluun ja käsitteellistämiseen. Aineiston analyysivaihe ja nimenomaan luokitteluvaihe olivat haastattelun ohella haastavimpia tutkimusprosessin osia neutraaliuden säilyttämisen kannalta. Ajatusten voimakas ryhmittäytyminen enakkoon näkyy esimerkiksi siinä kuinka suunnitelmavaiheessa hylkäsinkin ajatuksen työryhmän työskentelyn periaatteiden käyttämisestä haastatteluteemoina, mutta lopullisessa aineistossa on nähtävissä hoitajien tuottaneen niistä puhetta siinä määrin, että ne nousivat tutkimuksen alakategorioiksi. Aineiston sisältö on kuitenkin hoitajien autenttista kokemusta näiden periaatteiden merkityksestä hoitotyön käytännölle.

Laadullisessa tutkimuksessa keskeinen kriteeri on tutkija itse ja luotettavuuden arviointi koskee koko tutkimusprosessia (Eskola & Suoranta 1998, 211.) Aiemmin kuvattu tutkijan osallisuus kohteena olevaan ilmiöön on tutkimusprosessissa näyttäytynyt enemmän hyötynä ja lisääntyneenä ymmärryksenä. Esimerkiksi haastatteluissa tutkittavat pystyivät kertomaan kokemuksistaan vapautuneemmin entuudestaan tutulle henkilölle. Haittapuolena voidaan nähdä, että tutkittavat mahdollisesti jättivät jotakin kertomatta tai käyttivät vähemmän kuvailevaa tyyliä, koska olettivat tutkijan jo tietävän asiasta. Tutkija puolestaan yritti johdatella keskustelua mahdollisimman vähän, kun hoitajat vastasivat avoimiin kysymyksiin. Huomionarvoista tutkimuksessa on psykoosin kotihoitoon kohdistetun kritiikin vähäisyys. Tämä on puute tutkimuksessa, vaikka kysymys ei ole tutkimuksen refleksiivisyyden peittämisestä. Hoitajat eivät kokemuksissaan tuoneet esille käytännössä mi-

tään negatiivista hoitomuotoon liittyen. Tämä voi johtua osaltaan siitä, että heitä ei pyydetty olemaan kriittisiä, ja kun kysymys oli laadusta, edellytettiin kokemuksia työn positiivisista puolista ja tuloksista. Toisaalta niin hoitajien kuin tutkimuksen tekijän kokemukset uudesta työmuodosta ovat hyvin myönteiset. Selvää on, että psykiatrinen kotihoito ei sovellu kaikille asiakkaille ja tietty määrä laitospaikkoja ja jonkinlainen turvapaikka on taattava henkilöille, jotka niitä tarvitsevat. Kuitenkin tämän tutkimuksen perusteella ei voida suosittaa muuta kuin että psykiatrasta kotihoitoa tulisi lisätä.

Selvennettäköön lopuksi, että tutkimuksen tarkoituksena ei ole verrata tehostettua kotihoitoa sairaalahoitoon, niin että voitaisiin päätellä jotakin näiden ensisijaisuudesta laadullisesti. Ne ovat erilaisia hoitomuotoja. Näkökulman painottumiseen vertailevaksi vaikutti kaikkien tutkittavien kattava kokemus työstä sairaalaoasastoilla. Mikäli haastateltavina olisi ollut työkokemuksensa avohoidossa hankkineita ja sittemmin kotihoitoon siirtyneitä henkilöitä, näkökulma olisi varmasti erilainen.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää psykoosin kotihoidon käytännössä ja työryhmän kehittämistyössä. Jatkotutkimuksen aihetta psykoosin kotihoidosta voidaan löytää paljon, sillä tässä työssä aihetta on käsitelty siten yleisesti. Laatutyön näkökulmasta jatkotutkimuksena olisi tärkeää selvittää asiakasnäkökulmaa, kuinka psykoosin tehostetun kotihoidon käyttäjät ovat palvelun kokeneet ja mikä siinä merkitsee laatua heille.

LÄHTEET

- Aaltonen, J. (1999). Psykoosityöryhmä tarpeenmukaisen hoidon ja sosiaalisen konstruktionismien toteuttajana. Teoksessa: Haarakangas, K & Seikkula, J. Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön. Tammer-paino oy. Tampere.
- Aaltonen, J., Koffert, T., Ahonen, J. & Lehtinen, V. (2000). Skitsofrenian tarpeenmukainen hoito on ryhmätyötä. Stakes. Raportteja 257. Gummerus oy. Saarijärvi.
- Bracken, P. J. (2001). The Radical possibilities of home treatment: postpsychiatry in action. 139–162 Teoksessa: Brimblecombe N. (2001). Acute mental health care in the community. Intensive home treatment. Whurr publishers. London
- Brimblecombe N. (2001). Acute mental health care in the community. Intensive home treatment. Whurr publishers. London
- Eskola, J. & Suoranta, J. (1998). Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere. Vastapaino.
- Haarakangas, K & Seikkula, J. (1999). Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön. Tammer-paino oy. Tampere
- Haarakangas, K. (1999) Psykoottisten kriisien kotihoito. Teoksessa Haarakangas, K & Seikkula, J. Psykoosi – uuteen hoitokäytäntöön. Tammer-paino oy. Tampere.
- Heath, D. S. (2005) Home treatment for acute mental disorders. An alternative to Hospitalization. Routledge. New York.
- Hirsjärvi, Sirkka & Hurme, Helena (2000) Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kansallisen terveysprojektin loppuraportti, STM 2002.
- Keski-Suomen aikuispsykiatrian sairaanhoitopiirin kokonaissuunnitelmahanke (2007). Keski-suomen sairaanhoitopiiri.
- Kilkku, N. (2008). Potilasopetus ensipsykoosipotilaan hoidossa. Substantiivinen teoria luottamuksen uudelleen rakentumisesta. Acta Universitatis Tamperensis 1361. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteenlaitos. Tampere
- Koivisto, K. 2003. Koettu hallitsematon minuus psykoottisen potilaan hoitotyön lähtökohdaksi. Acta univ. Ouluensis. D721, Oulun yliopisto.
- Kokko, S. 2004. Mielenterveystoimiston asiakkaiden ja työntekijöiden käsityksiä hyvästä mielenterveystyöstä. Oulu. Oulun yliopisto.

Korhonen T, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä, A. 2008. Do nurses working in adult psychiatry take into consideration the support network of families affected by parental mental disorder? *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2008;15(9): 767-76.

Kvist, T. 2004. Hoidon laatu - potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia? Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja.

Kyngäs H. & Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3-12.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällön analyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Sivut: 21-43.

Latvala, E. Visuri, T. & Janhonen, S. (1996) *Psykiatrinen hoitotyö*. Toinen painos. WSOY, Helsinki.

Lumijärvi & Jylhäsaari 2000, 50. Laatujohtaminen ja julkinen sektori. Gaudeamus. Helsinki.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. *Mieli 2009 –työryhmän ehdotukset mielenterveys ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015*. STM 2009:3. Helsinki.

Psykiatrisen sairaanhoidon laatu. 1995 Venla-työryhmän loppuraportti. Helsinki: Stakes. Aiheita / Stakes. No. 12

Ruotsalainen, T., Rajala, T., Pehkonen, T. & Eriksson, E. 2009. Yhteistoiminnallisuus vaatii osaamista ja asennetta. *Sairaanhoitaja* 2/2009, vol 82.

Seikkula, J., Aaltonen, J. & Alakare, B. (1999). Potilaat sosiaalisissa verkostoissaan - kahden vuoden seuranatatutkimus akuutin psykoosin kotihoidosta. Teoksessa: J. Seikkula & K. Haarakangas. *Psykoosi - uuteen hoitokäytäntöön* Helsinki: Kirjayhtymä oy. 107-122.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2000) *Mielekäs elämä. Mielenterveyspalvelujen kehittämissuosituksen*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2000:4.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001) *Mielenterveyspalveluiden laatusuositus*. TATO:n mielenterveyden valmistelu- ja seurantaryhmä. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2001:14

Sosiaali- ja terveydenhuollon laatusanasto, Stakes 1995.

Syrjälä, E., Kontio, R. & Paasovaara, S. 2009. Uusi ote avohoitoon. *Sairaanhoitaja* 2/2009, vol 82.

Syrjälä K. 2006. Arvot ja arvostukset psykiatrisessa hoidossa. Henkilökunnan ja potilaiden näkemyksiä hoidon nykytilasta. Oulu: Oulu University Press.

Varis, U. 2005: Potilastyytyväisyys aikuispsykiatrisessa sairaalahoidossa. Pro

Gradu. Kuopion Yliopisto.

Virtanen, M.-K. (2005). Kotikuntoutuksen auttamismenetelmät mielenterveyskuntoutuksessa. Hoitotieteen Pro-gradu –tutkielma. Kuopion yliopisto.

Virtanen V, Jääskeläinen J. Miten psykiatrasta hoidon laatua tutkitaan? Suom Lääkäril 1997; 52: 18558.

Välimäki M, Holopainen A & Jokinen M (2000) Psykiatrinen hoitotyö muutoksessa. WSOY, Juva.

LIITTEET

Liite 1 Haastattelurunko: Hoitajien kokemuksia laadusta akuutin psykoosin tehostetussa kotihoidossa

TEHKO: N TOIMINTA, HOITOHENKILÖSTÖN TEHTÄVÄ JA TYÖN SISÄLTÖ

Kuvaile perustehtävääsi akuutissa psykoosin kotihoidossa.

Kuvaile TEHKO -toiminnan kehittymistä hoitajan näkökulmasta.

HOIDON LAATU

Kuvaile laadukasta psykoosin kotihoitoa.

Mitä kehitettävää toiminnassa voisi olla? Keinoja?

Liite 2 Esimerkki aineiston luokittelusta

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä luokka
<p>“Laadukasta hoitoa on se, että potilaalla ja hoitohenkilökunnalla on ne tavoitteet ja keinot on selkeästi molemmilla tiedossa ja niihin palataan melkeen joka kerta”</p> <p>“mikä se oli sen just meidän työryhmän tavoite kun me sinua hoidetaan millä keinoilla me päästään niihin tavoitteisiin.”</p> <p>“me pystytään täysin vähän etukäteenkin niinkun strukturoimaan että mitä tällä kertaa, mikä voisi olla se tärkein asia”</p> <p>“se tuo siitä työstä laadukasta että meillä toteutuu yleensä se struktuuri, jota on ajateltu”</p> <p>“Meidän toiminnalla on yleensä joku tavoite, tähdätään johonkin tiettyyn tän hetken ongelmaan, joka potilaalla on, onko se nyt vaikpsykoosioire, mitä me pyritään helpottamaan. Se on tavoitteellista ja me pystytään se tiiviisti tekeen, niin se aika hyvin toimiikin. Päästään seuraan sitä tilannetta läheltä”</p>	<p>Tavoitteet ja keinot molemmilla selvillä</p> <p>Työryhmän tavoite</p> <p>Pystytään strukturoimaan</p> <p>Struktuuri toteutuu</p> <p>Toiminnalla on tavoite</p> <p>On tavoitteellista</p>	<p>Tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus</p> <p>Tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus</p> <p>Tavoitteellisuus ja suunnitelmallisuus</p>	<p>Työskentelyn periaatteet</p> <p>Työskentelyn periaatteet</p>	<p>Laatu</p>